

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL
SUPERVISADO –EPS–**

**“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD FINA DE LOS
PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO
PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

ANDREA CAROLINA RODAS POLANCO

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICA UNIVERSITARIA**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2017

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various heraldic symbols like castles and lions. The shield is flanked by two columns with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin motto 'CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

Licenciada Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello
Mario Estuardo Sitaví Semeyá
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



c.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG. 834-2017
CODIPs.1717-2017

De Orden de Impresión Informe Final de ETS

11 de agosto del 2017

Estudiante
Andrea Carolina Rodas Polanco
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9º.) del Acta CINCUENTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (51-2017) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de agosto del 2017, que copiado literalmente dice:

“NOVENO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- titulado: **“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD FINA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA”**, de la carrera técnica de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

Andrea Carolina Rodas Polanco

CARNÉ No. 201115283

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Pablo Tzoy. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA




/Gaby

27 de julio del 2017

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA:  HORA: 14:59 Registro: 834

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Andrea Carolina Rodas Polanco, carné. No 201115283, titulado:

“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD FINA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA.”

De la carrera de **Profesorado en Educación Especial**

Así mismo, se hace constar que la **revisión** del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Pablo Tzoy, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Doctor Alex Melgar
COORDINADOR DE E.P.S.



c. Depto. De Graduación
Expediente



Reg. 058-2015
E.P.S. 001-2015

25 de julio del 2017

Doctor
Alex Melgar
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Doctor:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la **revisión** del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Andrea Carolina Rodas Polanco, carné. No 201115283, titulado:

“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD FINA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA.”

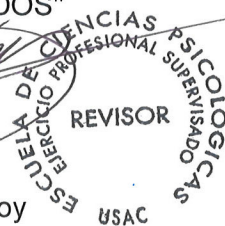
De la carrera de **Profesorado de Educación Especial**

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Pablo Tzoy
REVISOR DE E.P.S.



c. Expediente



Reg. 058-2015
E.P.S. 001-2015

27 de julio del 2017

Doctor
Alex Melgar
Coordinador del E.P.S.
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Doctor:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS- de

Andrea Carolina Rodas Polanco, carné. No **201115283**, titulado:

“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD FINA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO PEDRO DE BETANCOURT ANTIGUA GUATEMALA.”

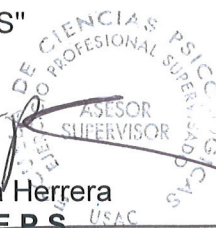
De la carrera de **Profesorado de Educación Especial**

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
ASESOR-SUPERVISOR DE E.P.S.



c. Expediente



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 058-2015
CODIPs. 173-2015
De Aprobación de Proyecto ETS

25 de julio de 2017

Reposición

Estudiante
Andrea Carolina Rodas Polanco
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO (20º.) del Acta CERO CUATRO GUIÓN DOS MIL QUINCE (04-2015) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de febrero de 2015, que literalmente dice:

“VIGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Técnico Supervisado -ETS-, titulado: **“TÉCNICAS PARA MEJORAR LA PSICOMOTRICIDAD MOTORA FINA DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL OBRAS SOCIALES DEL SANTO HERMANO PEDRO DE BETANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA”**, de la carrera técnica de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

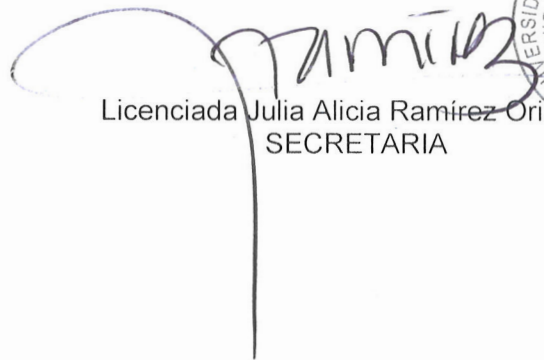
Andrea Carolina Rodas Polanco

CARNÉ No. 201115283

Dicho proyecto se realizará en Antigua, Sacatepéquez, asignándose a la Licenciada Mayra Torres, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA



/Gaby



ASOCIACIÓN
OBRAS SOCIALES DEL
"SANTO HERMANO PEDRO"
FRAILES FRANCISCANOS OFM

"Un alma tienes no más:
si la pierdes ¿qué harás?"
Santo Hermano Pedro.

Señores:

Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado

Escuela de Ciencias Psicológicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Centro Universitario Metropolitano -CUM-

Estimados Señores:

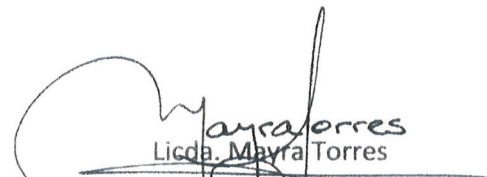
Por este medio HAGO CONSTAR: Que la Practicante del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, Andrea Calorina Rodas Polanco quien se identifica con número de carné universitario, 201115283, desarrollo la fase de EPS en Psicología en el área de Educacion Especial, en esta institución en el tiempo comprendido del trece de enero al treinta y uno de julio del año dos mil catorce.

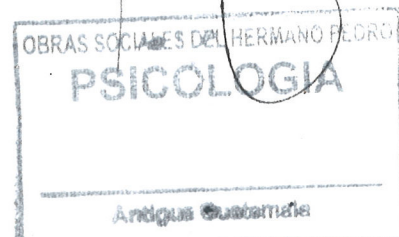
Abarco las técnicas para mejorar la Psicomotricidad motora fina, en jóvenes y adultos de la Sala Mente Sana de Hombres de la Institución.

Y para los usos legales que a la interesada convengan, extendiendo, sello y firma la presente en una hoja membretada, dado en la Antigua Guatemala, Sacatepéquez, a los cinco días del mes de agosto de dos mil catorce.


Dra. Hazel Quiñonez
Jefe de Médicos




Licda. Mayra Torres
Departamento de Psicología



6a. Calle Oriente No. 20 La Antigua Guatemala, Guatemala C.A. 03001
PBX: (502) 7931-2100 Ext. 101 Fax: (502) 7931-2100 Ext. 141

E-mail: asociacion@obrashermanopedro.org Website: www.obrashermanopedro.org

"RENACER" Tel: (502) 5517-0768 / 69 E-mail: renacer@obrashermanopedro.org Website: www.centrorenacer.org

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Licenciada.

Marta Carolina Polanco Bran

Psicóloga Clínica y Terapeuta del Lenguaje
Colegiado 12115

Doctor.

Daniel de Jesús Alvarez Burbano

Cirujano Dentista
Colegiado 3785

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

por estar siempre a mi lado, dándome fortaleza, sabiduría confianza en todo momento de mi formación profesional.

A mis Padres Carolina y Daniel:

Por ser mi modelo a seguir de perseverancia, lucha y entrega pero sobre todo su amor paciencia y fortaleza en todo momento de mi formación académica.

A mis Abuelos Marta + y Héctor:

Por ser un ejemplo de seres humanos demostrándome su amor incondicional y demostrándome que todo se puede lograr con perseverancia y paciencia.

A mi Esposo Eduardo:

Por ser mi compañero de vida estando a mi lado en todo momento, siendo mi fortaleza y dándome sobre todo la confianza en que si se puede lograr una meta más.

A mi Hijo Gabriel:

Por ser mi motor para seguir preparándome académicamente y así poderle dar un mejor futuro no solo como profesional sino como persona.

A mis Hermanos Javier, Martha y Michelle y Sobrino Mathew:

Por ser un apoyo incondicional en mi formación académica y siendo un ejemplo de perseverancia para alcanzar lo que deseamos.

A mis Tíos(as):

Por estar siempre presentes y ser un ejemplo de entrega, perseverancia y apoyo incondicional siempre.

A mis Primos(as):

Por ser parte fundamental de mi formación apoyándome y dándome ánimos para nunca dejarme vencer, apoyándome en todo momento.

A mis Amigos y Amigas:

Por ser parte importante de mis alegrías, tristezas, y diferentes experiencias demostrándome siempre la verdadera amistad y brindándome su apoyo cuando más lo necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD SE SAN CARLOS DE GUATEMALA, ESPECIALMENTE A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por darme la oportunidad de poderme preparar académicamente de una forma excelente brindándome las herramientas para ser una profesional

A LA LICENCIADA MAYRA TORRES PSICÓLOGA DE OBRAS SOCIALES DEL HERMANO PEDRO

Por brindarme su apoyo para realizar mi Ejercicio Técnico Supervisado de una manera eficaz y brindándome diferentes herramientas para seguir preparándome como profesional

A MIS PADRINOS CAROLINA Y DANIEL

Por brindarme siempre su apoyo incondicional en mi formación académica y compartir experiencias y herramientas que pude aplicar en mi carrera de una manera eficaz

Y sobre todo agradecimientos muy especiales a todas las personas que de una u otra manera estuvieron ahí apoyándome y dándome acompañamiento en mi proyecto y así poder lograr una meta más.

ÍNDICE:

INFORME FINAL RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

Capitulo I	1
Antecedentes	1
a. Aspecto Histórico Antropológico	1
b. Aspecto Sociocultural	4
c. Aspecto Socioeconómico	7
d. Aspecto Ideológico Político:	8
Capitulo II.....	13
Referente Teórico Metodológico.....	13
OBJETIVOS.....	21
METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO	22
Capitulo III.....	30
Descripción de la experiencia	30
Capítulo IV.....	40
Análisis de la experiencia	40
Capítulo V.....	54
Conclusiones y Recomendaciones.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
E- GRAFÍA:.....	57

INFORME FINAL

RESUMEN

El ejercicio técnico profesional/ (ETS) que se titula Técnicas Para Mejorar La Psicomotricidad Fina EN los pacientes del Hospital Obras Sociales del Santo Hermano Pedro de Betancourt, los cuales son pacientes con Multidiscapacidad el cual se llevara a cabo en el departamento de Sacatepéquez, específicamente en la ciudad de Antigua Guatemala siendo aplicada a pacientes de la sala “Mentes Sanas de Hombres”.

El trabajo que se realizó se encuentra dividido en tres grandes ejes: Eje de Servicio, Eje de Docencia, Eje de Investigación Cualitativa, teniendo como punto central la ejecución de diferentes técnicas para mejorar la psicomotricidad fina.

El Eje de Servicio se trabajó con pacientes referidos por maestras de la escuelita de educación especial, personal de enfermería, personal clínico médico o del área de psicología, con el objetivo principal de ayudarlos a integrarse en el programa educativo de la escuela de educación especial y adaptación al medio social en general, se implementaron sesiones para cada paciente que fue referido o evaluado brindándoles los recursos necesarios tanto pedagógicos como psicológicos para que puedan resolver y sobrellevar con un método más adecuado lo conflictos que se le presenten en su vida cotidiana, estructurando cada sesión terapéutica basándose en los problemas específicos que se aborden en los pacientes.

El Eje de Docencia se abordó con programas donde se pudo implementar las diferentes técnicas de psicomotricidad fina, de igual manera talleres donde se pudo determinar los intereses de los jóvenes y las problemáticas que afectan a la población dentro de la sala.

Eje de investigación Cualitativa en este eje se realizaron diferentes actividades tales como:

Encuestas a docentes, personal de enfermería, equipo médico y psicología para conocer las principales necesidades de los pacientes, de igual forma se realizaron encuestas a personal administrativo y padres de familia o encargados de pacientes para identificar y reforzar las necesidades de cada niño dentro de la institución.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo da conocer la importancia de la Motricidad Fina que se debe desarrollar y estimular a los pacientes de la sala "Mente Sana de Hombres" los cuales son pacientes con multidiscapacidad y en su mayoría tienen afectada las áreas psicomotoras tanto fina como gruesa se utilizaron diferentes estrategias didácticas, en la que se presentará diversas actividades que nos ayude a estimular le coordinación viso-manual.

Estas estrategias didácticas nos ayudó también a desembocar movimientos finos en los jóvenes el cual también fortalece el agarre de pinza y nos centramos sobre todo en la coordinación ojo-mano, ya que la motricidad fina se basa en movimientos precisos y coordinados; con las manos como ser la prensión de un objeto , manejo de utensilios, coger objetos con el dedo índice y el pulgar todos los estos ejercicios y otros más que se presentan en este trabajo llegar a ser apto para una futura escritura o movilidad

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades de las niñas y niños que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación, que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos; el cual nos permite realizar las siguientes actividades, como: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir, etc.

Los aspectos de la motricidad fina que se puede trabajaran son:

- Coordinación viso-manual
- Motricidad fonética
- Motricidad facial
- Motricidad gestual

COORDINACION VISO-MANUAL

Es la acción realizada con las manos u otras partes del cuerpo, en coordinación con los ojos.

La coordinación viso-manual conducirá a los pacientes al dominio de la mano, los elementos más afectados, que intervienen son: la mano, la muñeca, el antebrazo y el brazo.

ESTRATEGIAS DIDACTICAS

Las estrategias didácticas nos permitirán dirigir mediante un método o técnica adecuado a los fines que necesitamos llegar para una determinada enseñanza.

Por lo tanto se da a conocer la importancia de la motricidad fina utilizando las diversas estrategias.

De tal modo este tema se orienta a la utilización de estrategias didácticas viso-manuales que favorezca la motricidad fina y el aprendizaje de la escritura.

Algunos de los principales objetivos en el presente proyecto son:

- Fortalecer el área de la psicomotricidad Motora Fina de los Pacientes.
- Controlar el dominio del movimiento muscular logrando movimientos precisos y coordinados.

El presente informe se encuentra conformado por 5 capítulos los cuales se encuentran divididos de la siguiente manera:

En el capítulo I se encuentra información de la ubicación contextual el cual está dividido por 4 ejes en los cuales se describe los aspectos antropológicos donde se puede encontrar información de donde se realizó el ejercicio técnico supervisado(ets), algunos eventos históricos, los grupos humanos que se encontraran en dicho lugar como principales sucesos sociales

También se encontrara información sobre el aspecto Sociocultural aquí encontraremos información sobre las distintas clases sociales que existen en dicho lugar, los grupos étnicos que se encuentran formados, idiomas que se practican en dicha región, cuales existen o existieron y ya no se practican en la actualidad, también sobre los grupos culturales tales como, la Danza, La Música, Artesanía, Escritura o Poesía,

En el aspecto Socioeconómico encontraremos un análisis de la economía dentro del lugar, las principales empresas o micro empresas que se encuentran las principales fuentes de empleos que tiene la población en general, las diferentes formas de comercialización, sobre cómo se encuentra la educación y la salud dentro de la región.

En el aspecto Ideológico político se encontrara información sobre la cosmovisión, los diferentes pensamientos, formas de expresión de la población, algunos pensamientos populares.

También encontraremos información sobre algunos aspectos religiosos, lingüísticos, culturales, educativos, laborales y así mismo con la población que se trabajo el ETS ("Obras Sociales del Santo Hermano Pedro")

En el capítulo II se encontrara información sobre los problemas o necesidades psicosociales que se pudieron observar dentro de la población a tratar específicamente en la sala "Mente Sana de Hombres" de dicha institución.

En el capítulo III encontraremos una descripción sobre la experiencia que se tuvo al trabajar el ejercicio técnico supervisado en el Hogar "Obras Sociales del Hermano Pedro" en el cuales se describirán algunos métodos y técnicas que se utilizaron para mejorar en el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada paciente y como se mejoró con las diferentes técnicas y métodos la psicomotricidad fina de cada uno de ellos

En el capítulo VI encontraremos información sobre el análisis de la experiencia esta se encuentra unida con la información de la descripción de la experiencia donde se verán reflejados los diferentes métodos y técnicas que se utilizaron para mejorar la calidad de vida de cada uno de los pacientes así mismo que resultados se obtuvieron a implementarlas algunas dificultades que tuvimos al emplearlas dentro de la instituciones y los beneficios de aplicarlas

En el capítulo V encontraremos algunas recomendaciones y conclusiones tanto Especificas como Generales donde nos podemos dar cuenta que resultados significativos se tuvieron al implementar diferentes métodos o técnicas y que se necesita para seguir mejorando la calidad de vida de cada uno de los pacientes con multidisapacidad, con los que se trabajó dicho proyecto, también se encontraran algunas fotografías de los pacientes con los que se trabajó y actividades que se realizaron durante el proyecto, así mismo las diferentes fuentes de información donde obtuvimos técnicas, estrategias y actividades que se pudieron implementar dentro del ejercicio técnico supervisado

Capitulo I

Antecedentes

Ubicación contextual

a. Aspecto Histórico Antropológico

La historia de la ciudad de Guatemala se inicia en 1524 cuando en tiempos de colonización, el español Pedro de Alvarado funda a inmediaciones de Iximché, capital indígena cakchiquel, la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala. En este lugar permanece hasta 1526, de donde debido a conflictos que surgen con los indígenas del lugar, deben trasladarse continuamente hasta elegir en 1527 el Valle de Almolonga (hoy Ciudad Vieja), como sitio para iniciar formalmente la ciudad. Se inicia entonces la construcción de algunas edificaciones con materiales pobres, y se elige solares para la construcción de viviendas, iglesias y otros usos. Pero el 11 de septiembre de 1541, después de constantes lluvias aunadas a un fuerte temblor, baja una correntada de agua y lodo del volcán cercano (desde entonces llamado volcán de Agua) que sepulta la ciudad, dejándola en escombros. Debido a ello se trasladan al Valle cercano el Valle de Panchoy; este valle presentaba un clima agradable, la tierra era fértil y el agua abundante el único inconveniente era su cercanía con los volcanes de Agua, Acatenango y de Fuego; sin embargo, a pesar de ello, el 10 de marzo de 1543 se inicia el tercer asentamiento de la ciudad; esta vez con base en un diseño elaborado por el ingeniero Juan Bautista Antonelli.

Después del surgimiento de numerosos edificios, y debido a que la zona era altamente sísmica, la ciudad sufrió varios terremotos de los que sus habitantes lograban reponerse, volviendo a erigir muros nuevos sobre lo que quedaba aún en pie. Pero es en 1773 que, debido a la magnitud y continuidad de los terremotos acaecidos en los meses de julio y agosto, la ciudad se ve convertida en ruinas, por lo que sus vecinos son obligados a abandonarla y trasladarse al Valle de la Ermita en donde actualmente se asienta la capital de Guatemala.

La antigua Guatemala, llamada así para diferenciarla de la ciudad de Guatemala, es considerada Ciudad de Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO, no solo porque marca la época colonial guatemalteca sino también por la conservación y belleza de su arquitectura barroca, con características propias.

Después de los acontecimientos ocurridos, la Antigua Guatemala volvió a poblarse muy lentamente y sin perder su aspecto tradicional, sus calles se conservaron empedradas, las casas de habitación no variaron en su apariencia

exterior e interior; la teja prevaleció como material de techamiento y por encima de todo, las edificaciones importantes se conservaron en su estado de ruina, bellamente acrecentadas en su valor estético y colonial.

Es esencial comprender y ver la Antigua Guatemala como una gran unidad histórica y artística en la que se conjuga su maravilloso paisaje natural, volcanes y montañas llenas de verdor que enmarcan la Ciudad con los pueblos aledaños que tienen una clara estirpe antigüeña y la propia Antigua Guatemala con su ambiente cultural y su clima magnífico.

En ese ambiente cultural lo único que permanece del siglo XVI es la traza de la ciudad, hecha con un sentido urbanístico renacentista. hacen de la primera mitad del siglo siguiente casi nada queda; de modo que apenas subsisten ejemplos de las diversas renacentistas y el manierismo. Así lo que constituye el rasgo típico de su arquitectura es el estilo barroco, iniciado en la segunda mitad del siglo XVII y a todo lo largo del siglo XVIII hasta los terremotos de 1773. Algunas de las principales características del barroco antigüeño son las siguientes: uso de estuco decorativo para exteriores e interiores; torres-campanarios bajos; fachadas tipo retablo con tímpano rehundido; aspecto masivo de las construcciones; uso abundante de fuentes ornamentales en las plazas públicas, conventos y casas de habitación; iglesias de planta cuadrangular; entre las más señaladas características.

Títulos y resumen histórico importantes de la ciudad colonial:

Muy Noble y Muy Leal Ciudad de Santiago De Los Caballeros de Guatemala, otorgada por el Rey Felipe II de España, el 25 de julio de 1524.

- En 1527 Asiento en el Valle de Almolonga.
- En 1532 se otorga el “Escudo de Armas”.
- En 1543 el 10 de marzo traslado y asiento definitivo de la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala en el Valle de Panchoy.
- En 1560 se ordena que el Pendón sea aplicado a las Fiestas de Santiago.
- En 1676 el Rey Carlos II “El Hechizado” ordena fundar la Real y Pontificia Universidad de San Carlos Borromeo el 31 de enero.
- En 1680 se inició una nueva era constructiva y de arquitectura en la ciudad.
- En 1717 tuvieron lugar los terremotos de San Miguel y destruyeron considerablemente la ciudad.

- En 1743 Su Santidad Benedicto XIV expide la bula donde erige en metropolitana la santa Iglesia Catedral de Guatemala el 16 de diciembre.
- En 1751, tuvieron lugar los terremotos de San Casimiro que obligaron al último esfuerzo constructivo en Santiago de Guatemala.
- En 1773 suceden los famosos terremotos de Santa Marta, destruyéndose la Ciudad el 29 de julio, estos señalan el traslado de la Capital del Reino a la Nueva Guatemala de la Asunción en el Valle de la Ermita.
- En 1799 se le denomina de aquí en adelante a la Ciudad “La Antigua Guatemala”.
- Ciudad Benemérita, otorgada en el año de 1882.
- En 1823 Capital de la provincia de Guatemala en la Federación de las Provincias Unidas del Centro de América.
- En 1839 el 17 de febrero la Asamblea Legislativa otorga a la Ciudad el título de “Ciudad Benemérita”.
- Monumento Nacional, otorgado el 30 de marzo de 1944.
- En 1958 fue declarada capital de la Republica por 24 horas durante el gobierno del General Miguel Idígoras Fuentes.
- Tacita de Plata, otorgada por el Presidente de la República de Guatemala, Miguel Idígoras Fuentes el 25 de julio del año de 1961. Primer lugar, Categoría “A”.
- En 1962 es declarada “Emérita del Mundo Hispánico”, después de México y Lima la urbe más importante.
- En el año de 1973 se le otorga la orden “Diego de Porres”.
- En 1965 la VIII Asamblea General del Instituto Panamericano de Geografía e Historia en julio de este año la declara “Ciudad Monumento de América”.
- Patrimonio Cultural de la Humanidad, Otorgado por la UNESCO en el año de 1979.
- En el año 1999 orden del Soberano Congreso de la República de Guatemala Orden Miguel Ángel Asturias por Acuerdo del Concejo

Municipal de La Nueva Guatemala de la Asunción. Se le otorga la Orden de la Legión de Santiago de los Caballeros de Guatemala.

- 2003 Orden Presidente de la República de Guatemala.
- 2004 Ciudad Mística por Acuerdo del Consejo Municipal
- 2005 Capital Cultural de Guatemala, por Acuerdo del Ministerio de Cultura y Deporte; Ciudad de las Piedras Peregrinas, Otorgado por el Poeta y escritor antigüeño Luis Cardoza y Aragón.

b. Aspecto Sociocultural

1.2 Aspecto Sociocultural

La Antigua Guatemala está ubicada en el área central del país, pertenece al departamento de Sacatepéquez siendo esta la capital del mismo. Siendo su población alrededor de 54,037 habitantes, viviendo en las culturas mayas, ladinas y personas extranjeras que luego de visitarla deciden quedarse a vivir en Guatemala. Los idiomas que se hablan son el español y kaqchikel.

Fiestas y Feriados: las fiestas son parte la costumbre y tradición antigüeñas. Por lo general se destacan una variedad de juegos pirotécnicos, música y vestuario. En la mayoría de los casos, los vendedores se instalan en los atrios de las iglesias, con toda clase de comidas tradicionales de la región. Las fiestas incluyen procesiones religiosas, desfiles cívicos, eventos deportivos, concursos de belleza o presentaciones musicales que, casi siempre, van acompañados de las tradicionales bombas y cohetes. Un día antes de ciertas fiestas religiosas, los gigantes y cabezones, acompañados de una marimba, recorren las principales calles y avenidas de la ciudad.

En las costumbres y tradiciones, la Feria Titular de la Ciudad de la Antigua es el 25 de julio, fecha en que la iglesia católica celebra el día de Santiago Apóstol Patrono de la Ciudad. Es bueno mencionar también la importancia de la semana santa, así mismo existe un calendario de festividades y feriados, donde las actividades suelen ser preparadas con semanas y hasta meses antes de las celebraciones.

Festividades y Feriados:

- | | |
|-----------------|----------------------------|
| • 1 de enero | Año nuevo |
| • 6 de enero | Día de Reyes |
| • 14 de febrero | Día del Cariño |
| • Móvil | Primer viernes de cuaresma |

- Móvil Semana Santa
- 22 de abril Día de la Tierra
- 25 de abril Día del Santo Hermano Pedro
- 1 de mayo Día del Trabajo
- 3 de mayo Día de la Santa Cruz
- 10 de mayo Día de la Madre
- Móvil Corpus Christi
- 17 de junio Día del Padre
- 30 de junio Día del Ejército
- 25 de julio Día de Santiago Apóstol
- 29 de julio Día de San Cristóbal
- 15 de septiembre Día de la Independencia
- 1 de octubre Día del niño
- 12 de octubre Día de la Raza
- 20 de octubre Día de la Revolución
- 31 de octubre Halloween
- 1 de noviembre Día de los santos
- 7 de diciembre Quema del diablo
- 15 de diciembre Inician las posadas.
- 24-25 de diciembre Nochebuena-Navidad
- 28 de diciembre Día de los Inocentes
- 31 de diciembre Fin del año y celebración de año nuevo.

Año Nuevo: Después de la quema de pólvora a las 12 horas del 31 de diciembre, salen comitivas con el Niño Dios por algunas calles.

Día de Reyes: Un día Tradicional para el intercambio de regalos. También se acostumbra devolver la figura del niño Dios de los nacimientos de donde fue “robado”, con una celebración tradicional con marimba.

Cuaresma y Semana Santa: en la Antigua Guatemala, la celebración de la

Semana Santa es la más grande y espectacular del Nuevo Mundo. Iniciada por los conquistadores españoles, con Jorge de Alvarado, en 1524, se han conservado y aumentado las tradiciones de la cuaresma y la semana Santa en la ciudad.

Miles de participantes, vestidos con trajes de soldados romanos y “cucuruchos”, y miles de visitantes y peregrinos, participan en las procesiones religiosas de las diversas iglesias, donde también se hacen alfombras creativas donde pasan las procesiones, estas son hechas con frutas, hojas de plantas, flores, aserrín pintado e incienso aromatizado, ya que los fieles recuerdan la época en que se celebra la vida y pasión de Cristo.

Centros Turísticos y Arqueológicos: esta ciudad es el gran atractivo turístico de Guatemala, pues ha sido nombrada Monumento de América por el Instituto Panamericano de Geografía e Historia y declarada Monumento

Mundial y Cultural por la UNESCO en 1979. Todo el centro de la ciudad es considerado Centro Histórico y Arqueológico, compuesto por templos, plazas, portal, etc. Que datan desde tiempo de la Colonia, cuando aquí se asentaba la Ciudad de Guatemala.

Museo de Armas de Santiago: en este museo se expone una muestra comparativa de las armas utilizadas por los españoles y nuestros indígenas en la época de la conquista.

Museo del Libro Antiguo: en su interior se muestra una réplica de la primera imprenta que operó en Guatemala en el año 1660.

Museo del Arte Colonial: Este importante museo ocupa el edificio que fuera sede de la Universidad de San Carlos de Borromeo en la época colonial. Se pueden admirar pinturas y esculturas de dicha época.

Catedral: no fue sino hasta 1680 que adquirió la grandiosidad cuyos vestigios podemos ver hoy. Según algunos historiadores, en sus catacumbas se encuentran los restos del Conquistador Don Pedro de Alvarado.

Convento de Santa Clara: fundado originalmente por un grupo de monjas clarisas procedente de Puebla, México en 1699.

Iglesia y Convento de San Francisco: dentro de este templo se encuentra la tumba que guarda los restos del Santo Hermano Pedro de Betancourt, quien en el periodo colonial realizó mucha labor caritativa de ayuda a los pobres, siéndole atribuidas cualidades milagrosas.

Convento de Capuchinas: fue el último convento femenino fundado en la ciudad. Uno de sus atractivos más importantes es la impresionante Torre de Retiro, de configuración circular de 18 celdas. En el Museo, ubicado en la segunda planta del edificio, muestra una colección de imaginería y pinturas de la época colonial.

Iglesia y Convento la Merced: su exquisita fachada de estilo barroco muestra un extraordinario trabajo ornamental realizado en estuco. En el interior del convento también se puede apreciar una de las fuentes más grandes de la ciudad.

Claustro de San Jerónimo: su construcción data de 1759. Pocos años después, las autoridades españolas decidieron instalar allí las oficinas de la Real Aduana.

Mercado Municipal: los días de mayor movimiento son lunes, jueves y sábado. En él se puede observar la comercialización de productos agrícolas, así como el colorido y la variedad de los trajes típicos que visten las vendedoras.

Mercado de Artesanías: este interesante mercado exhibe productos artesanales variados, elaborados por auténticos artesanos antigüeños.

c. Aspecto Socioeconómico

La economía de la cabecera departamental, por la categoría que ésta posee, se mueve alrededor de la atracción turística existente, el comercio, su producción agrícola que se encuentra centralizada en la cosecha de café y hortalizas, estando presente también en esta ciudad la crianza de ganado, equino, porcino, ovino, caprino y vacuno. Son tan variados los factores que influyen en la economía en esta ciudad, que se cuenta además con molinos y tostadoras de café, fábricas de hilados y tejidos, artículos de madera, pirograbados, licores, ladrillos refractarios, platería, etc. Sin faltar la producción artesanal de tejidos típicos, alfarería, dulces, artículos de barro, etc.

Actualmente existen varias empresas internacionales y nacionales que han llegado a la Antigua Guatemala, de donde también salen fuentes de empleo para los pobladores del lugar tales como: bancos (Industrial, Banrural, GyT, City, Bantrab, etc.), McDonald's, Pollo Campero, zapaterías, restaurantes de comidas típicas, bares, spas o masajes. También existen diferentes colegios, escuelas, institutos y cedes de la universidad de la San Carlos de Guatemala y Rafael Landívar, que abren sus puertas a profesionales del lugar, de donde también salen fuentes de empleos por largos tiempos o contratos con prestaciones y diferentes servicios gratuitos.

El CNPAG (Consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala), cuenta con un Departamento Financiero, su misión es registrar todas las operaciones financieras contables, de tesorería y presupuesto de la institución de acuerdo a normas emitidas por los entes reguladores. Comprende todo lo relativo al presupuesto, contabilidad y tesorería, de él dependen las secciones de contabilidad, presupuesto, tesorería y compras, una parte muy importante en la economía de la ciudad.

El departamento de Administrativo, que también forma parte del CNPAG (Consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala), su misión es contribuir al control y uso de los recursos y activos con que cuenta la institución y velar por el buen manejo de las herramientas y el cuidado de los mismos, aprovechándolos para alcanzar las metas propuestas. Es el área responsable de la adecuada administración, uso, manejo y cuidado de los bienes muebles de la institución y la ciudad.

d. Aspecto Ideológico Político:

Un acontecimiento importante para Antigua Guatemala fue la creación del Consejo Nacional para la protección de la Antigua Guatemala, fue creado por la Ley Protectora de la Ciudad de Guatemala (Decreto 60-69 del Congreso de la República), en 1969. Es una entidad estatal descentralizada, con personalidad jurídica, fondos privativos y patrimonio propio.

En los últimos años el CNPAG (Consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala) ha desempeñado un papel primordial en la conservación y desarrollo positivo de la ciudad. Cuenta con un equipo de profesionales y técnicos altamente especializados, quienes realizan trabajos de registro de bienes culturales, diseño y dibujos arquitectónicos, conservación y restauración en más de 50 monumentos en la ciudad y aéreas que la circundan; conservación y restauración de bienes muebles, control de las construcciones particulares y actividades culturales y educativas.

La política de conservación y restauración contempla la ciudad como una unidad, como un conjunto histórico y no una serie de monumentos aislados; deben conservarse todos los elementos que forman parte de la fisonomía tan característica de la ciudad: sus calles empedradas, sus casas con detalles artísticos pertenecientes a varios siglos, sus monumentos civiles y religiosos, su ambiente. La conservación contempla no solo los edificios y muebles coloniales anteriores a los sismos que dañaron la ciudad y obligaron sus traslado en 1773, sino también aquellos posteriores que tengan un valor artístico positivo. La política y filosofía de conservación abarca todos estos elementos, recordándonos que también es necesario tratar y dar solución a los problemas que enfrenta una ciudad viva.

El CNPAG, (Consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala) cuenta con diferentes secciones o grupos encargados de diferentes funciones jurídicas, políticas, departamentos, administraciones, entre otros de la ciudad, los cuales son los siguientes:

- Consejo Directivo.
- Presidente, Alcalde Municipal.
- Miembro nombrado por la Facultad de Arquitectura de la USAC
- Miembro nombrado por la Facultad de Humanidades de la USAC.
- Miembro nombrado por la Academia de Geografía e Historia.
- Miembro nombrado por Antropología e Historia.

Departamento de Restauración: de acuerdo con lo que estipula la Ley Protectora, este Consejo vela por la protección, conservación y restauración de los edificios que forman el centro histórico de la Ciudad y

las islas de conservación. Hay unos 50 monumentos que son propiedad de la nación y deben mantenerse. Los edificios y conjuntos monumentales intervenidos corresponden a aquellos que, tanto por su categoría como por su estado crítico estructural, constituyen una prioridad en la tarea de conservación de la ciudad. Para el efecto, se ha capacitado personal especializado en la delicada labor de rescate del patrimonio inmueble, el que se encarga de efectuar trabajos de consolidación y restauración con materiales y técnicas tradicionales y contemporáneas, según cada proyecto específico.

Sección de Control de Construcción: en base a la Ley Protectora de la Ciudad de Antigua Guatemala, se lleva a cabo una labor continua de control de construcciones públicas y privadas que se realizan dentro del área de conservación establecida. Este control busca mantener la unidad arquitectónica, evitando la destrucción de edificaciones históricas y velando porque las nuevas construcciones se integren adecuadamente al conjunto histórico, respetando sus características. Para el efecto se autorizan las construcciones nuevas, así como restauraciones, por medio de licencias de construcción, dado que la Ley Protectora es clara: “debe contarse con la previa autorización del Consejo para realizar cualquier cambio en los edificios que se encuentran dentro del área de conservación”. Para la mayoría de los casos presentados, es necesario prestar asesoría proporcionando alternativas de construcción que mantendrán el carácter urbano. Asimismo, en base al Reglamento Relativo a Letreros en la Ciudad, se mantiene un control de colocación de avisos, anuncios, señales y letreros desde 1973, habiéndose logrado evitar la contaminación visual que daña a la ciudad.

Sección de Restauración de Bienes Muebles: es una sección de cuidado, protección, restauración y conservación de los bienes muebles, nacionales, municipales o particulares, situados en la ciudad y aéreas circundantes, con el propósito de preservarlos como parte del patrimonio cultural de la nación. Su visión es velar por la conservación adecuada de los bienes muebles confiados a su cuidado, mediante la correcta aplicación de las técnicas y procedimientos de conservación y restauración, para devolverle a los bienes muebles, su funcionalidad respetando su originalidad.

Sección de Planificación, Diseño y Dibujo: Los planos, dibujos y levantamiento efectuados constituyen la base para los trabajos de consolidación y restauración, proporcionando documentación histórica expresada gráficamente para el estudio inmediato de los monumentos y su proyección futura.

Dichos planos sirven para implementar información, crear el registro propiamente dicho, sobre las intervenciones efectuadas en los distintos monumentos durante los últimos años y los proyectos específicos

elaborados para futuro desarrollo o en plena obra de restauración. La sección tiene como misión principal el desarrollo de todos aquellos anteproyectos arquitectónicos que sean de beneficio para garantizar la conservación del patrimonio edificado de la ciudad de la Antigua Guatemala, sus áreas circundantes y zonas de influencia. Es el área responsable de proveer toda la información grafica requerida para los diferentes anteproyectos arquitectónicos que con fines de protección y conservación del patrimonio promueve el Consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala. Así como también la clasificación y archivo de toda esta documentación, que permite su fácil consulta.

Sección de Registro y Biblioteca: su misión es coleccionar, catalogar y archivar grabados, fotografías, descripciones antiguas, materiales que muestren la primitiva forma de las construcciones y su evolución, para facilitar así cualquier labor de restauración o preservación, e inventariar los bienes con valor patrimonial arqueológico, histórico, o artístico situados en la ciudad de la Antigua Guatemala sus áreas circundantes y zonas de influencias. Es área responsable de cuidar el archivo, biblioteca y laboratorio fotográfico del consejo Nacional para la Protección de la Antigua Guatemala, así como la documentación histórica que se adquiera permitiendo la fácil consulta por parte de los funcionarios, empleados o el público en general.

Unidad de Investigaciones Históricas, Arqueológicas y Estudios de Apoyo: la misión de la –UIHAEA- es de carácter científico basada en la investigación histórica y arqueológica de los monumentos, su contexto y demás manifestaciones culturales existentes en la ciudad y sus alrededores a fin de proporcionar el fundamento indispensable para su adecuado conocimiento, valoración y sustitución de intervenciones que ayuden a su conservación, fundamentada en le artículo 5 literal g de la Ley Protectora de la Ciudad de La Antigua Guatemala (Decreto 60-69) que persigue: “En general, velar porque se mantenga la integridad histórica y artística de la Ciudad y de las áreas que se determinen y cumplir y hacer que cumpla esta ley”.

Asesoría Jurídica: la misión fundamental es la dirección, auxilio y procuración en procesos judiciales, administrativos de índole penal, civil, laboral, administrativa, también se desarrolla actividad notarial en asuntos contractuales de la institución, además de las relaciones de tipo político y social que el CNPAG realiza en el ejercicio del mandato que le otorga la ley protectora. Es el área responsable de la rama jurídica de la institución, cuya finalidad es la asesoría en materia legal de toda la actividad que realiza el CNPAG, asimismo de asesorar en todos los ámbitos de la administración pública en los que el CNPAG debe actuar.

Relaciones Públicas: el Departamento de Relaciones Publicas es el Órgano Oficial de la institución en materia informativa. Es el medio de enlace entre la institución y medios de comunicación social, nacionales y locales y el canal de contacto con la población, reflejando la labor desarrollada en pro de la conservación y protección de la ciudad. Se encarga de generar material informativo sobre las actividades de cada departamento o sección, y de organizar actividades con el objeto de dar a conocer el trabajo realizado por la institución con instrucciones y aprobación del Conservador y del Consejo.

Realiza todas las tareas de relaciones públicas y divulgativas del CNPAG, para cuyo efecto deberá publicar y distribuir leyes, reglamentos, acuerdos, ordenanzas, memorias de labores, boletines, revistas, instructivos, materiales de investigación sobre la historia del arte, y cualquier otro material informativo; así mismo deberá organizar conferencias y actividades con el objeto de divulgar las labores del Consejo, con instrucciones y aprobaciones del Conservador y del Consejo. Evidentemente es tarea primordial dar a conocer no solo la labor que realiza el CNPAG en el campo de la conservación y restauración de la ciudad, sino también los valores culturales que son de gran importancia, a través de la realización de varias compañías con proyección cultural y social que fortalezcan y se encaminen a fomentar la educación y valorización del patrimonio cultural y natural de la ciudad y áreas circundantes.

Descripción de la Institución:

Las Obras Sociales del Santo Hermano Pedro iniciaron hace 35 años atendiendo a personas pobres y enfermas en casitas alquiladas y repartiendo víveres a los vecinos más necesitados todo de la mano de Fray Guillermo Bonilla. Hoy en día, las Obras Sociales (como se le conoce) albergan a 239 personas con diferentes enfermedades crónico degenerativas en sus ocho hogares permanentes y luchan en contra de la desnutrición crónica en Guatemala en el Centro de Recuperación Nutricional.

Son muchas las personas que se acercan día a día a las Obras Sociales en busca de ayuda pues en sus instalaciones ofrecen consultas médicas generales y especializadas, servicio de laboratorio, centro de diagnóstico y clínica oftalmológica. Los servicios también incluyen un programa quirúrgico anual con áreas de pre y post operatorio. Solo en el año 2015 se atendieron más de 300,000 pacientes y se realizaron más de 5,000 cirugías.

A través de sus centros externos, Las Obras Sociales brindan servicios como una guardería infantil, un hogar para personas toxico-dependientes (Hogar el Renacer en Sumpango Sacatepéquez) y un hogar de ancianos (San Juan Bautista) en Jutiapa.

Todas las obras y los servicios que se brindan es posibles gracias a cientos de personas que contribuyen con donaciones y voluntarios que ayudan a mantener el centro en pie. De esta forma, y en espera de tocar más corazones y así brindar más ayuda, se creó el proyecto de ampliación que lleva por nombre “Virgen del Socorro”. El proyecto se ha ideado para dar una mejor calidad de vida a los residentes permanentes de las Obras Sociales.

Comprende seis edificios que estarán totalmente equipados con los insumos médicos necesarios para brindar tratamientos de calidad a los residentes, así como áreas de fisioterapia y rehabilitación. El proyecto también cuenta con una enfermería provincial “Edificio de la Fraternidad” en donde habitarán los frailes ancianos y enfermos de la Orden de Frailes Menores que necesitan atención especializada.

De esta forma, en La Antigua seguirán abiertas las consultas médicas generales, especializadas y el programa anual quirúrgico.

Capítulo II

Referente Teórico Metodológico

PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS / NECESIDADES PSICOSOCIALES.

Dentro de la población de “Obras Sociales del Hermano Pedro” existen diversas problemáticas psicosociales que afectan tanto su ámbito social como personal estando relacionadas estas problemáticas por sus diferentes capacidades las cuales en muchas ocasiones son causa de rechazo por parte de familiares como también de su entorno social.

Según comentarios del equipo multidisciplinario de tal mencionada institución los problemas existenciales son a causa de su discapacidad, y por la falta de sensibilización y conocimiento sobre el tema de la sociedad en si ya que marginan o tachan a los niños sin conocer su condición o sus capacidades que pueden llegar a alcanzar si se les da el tratamiento y seguimiento adecuado para que se puedan desenvolver o comunicar de una forma más adecuada con la sociedad en cuestión.

Se puede notar la falta de interés por parte de la población en general en cuanto a las diferentes discapacidades que se presentan en los pacientes y se ve más notable en sus familiares que muchos han sido abandonados o no los visitan tanto.

En cuanto a la relación con los padres de familia se ha observado que muchos por vergüenza, pena o falta de interés dejan a sus hijos internados y los visitan ocasionalmente o ya sea una vez al año en otras ocasiones más extremas los pacientes se encuentran en total abandono por parte de familiares ya que comentan que no tienen la capacidad para poden apoyar o mantener a sus parientes debido a su condición física o mental o tienen desconocimiento de cómo tratar a sus hijos.

- Algunas de las problemáticas que comentan las maestras y la Educadora Especial de dicha institución es que por la falta de espacio y personal no todos los pacientes que necesitan apoyo en el ámbito educativo lo reciben y que es necesaria la implementación de técnicas o ejercicios que los ayuden a mejorar su psicomotricidad fina para que puedan en un futuro muy próximo escribir para poderse comunicar de una mejor manera con las demás personas.
- Otra de las problemáticas es la falta de estimulación en sus áreas Psicomotoras por parte de los padres en los primeros años de vida del paciente ya que son años muy importantes y que muchas veces se ven reflejados en su capacidad para poder relacionarse.

En la sala "Mente sana de Hombres" existen diferentes necesidades entre algunas se podrían mencionar la atención directa y personalizada a algunos pacientes con multidiscapacidad.

Abordamiento Teórico de los problemas/Necesidades Psicosociales

MARCO TEÓRICO

Psicomotricidad Fina

La psicomotricidad fina se refiere a todas las actividades o acciones que el niño realiza principalmente con las manos y para la cual necesita tener control óculo-manual como son:

- escribir, dibujar, pintar, punzar, rasgar, cortar, coser, coger cubiertos, amasar, moldear, usar herramientas
- Le Boulch considera imprescindible la actividad manual y la propia coordinación ojo-mano, por cuanto de ella depende la destreza manual indispensable para el aprendizaje de la escritura. Especialmente la destreza fina o movimiento propio de la pinza digital.
- Cratty, en un detallado estudio sobre la actividad manual plantea que: "A medida que los niños establecen contacto con objetos por medio de sus manos, pasan por tres fases generales: 1) contacto simple; 2) presión palmar rudimentaria e inspección; y 3) formación de copias motrices exactas de los objetos, mediante su inspección táctil precisas".
- Kendall ,Al escribir necesitamos activar la motricidad de nuestra mano y dedos. Esta motricidad está regulada por unidades motrices encargadas de estos movimientos. Los nervios radial, cubital y mediano son los encargados de llevar las órdenes de contracción y regular los movimientos de la mano y dedos. Los músculos del antebrazo, mano y dedos forman una combinación magistral, con un orden y perfección de funciones biomecánicas, que permiten la riqueza de movimientos que nuestras manos realizan. Describir todos los músculos sería excesivo para este trabajo, por eso describiremos de forma global según las funciones.

La grafomotricidad es una práctica psicomotriz para la enseñanza de la escritura. Sirve de base para adquirir dominio de los movimientos y hacer madurar las neuronas de la percepción espacial.

El control de su motricidad manual orientado hacia la grafía, hace que se produzcan diferentes momentos de estimulación cognitiva: percepción espacial, (trayectorias, distancias, direccionalidad); coordinación viso-manual, fluidez y armonía del tono muscular; dominio segmentario.

Gracias a estas prácticas, el niño consigue habilidades motoras que le permiten el trazo de grafías orientadas al control de la escritura.

Algunos ejemplos de actividades que se pueden realizar son:

- Colocar algunos objetos sobre una mesa, con los ojos tapados y pedirle que los adivine solo con el tacto.
- Realizar con juegos de construcciones
- Darle una pelotita para que la apriete con la mano
- Ofrecerle que destape botes, frascos o botellas.
- realizar moldeado de plastilina
- Meter cuentas en un hilo
- Recortar con tijeras
- Dibujar uniendo puntos, entre otros

DISCAPACIDADES

Parálisis Cerebral Mixta:

“La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo Psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto hasta la edad de los 5 años. Los desórdenes psicomotrices están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción; en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento”.

https://es.wikipedia.org/wiki/Par%C3%A1lisis_cerebral

La parálisis cerebral es un término que agrupa diferentes condiciones. No hay dos personas con parálisis cerebral con las mismas características o el mismo diagnóstico. La Parálisis cerebral está dividida en cuatro tipos, que describen los problemas de movilidad que presentan. Esta división refleja el área del cerebro que está dañada. Las cuatro clasificaciones son: espástica, atetoide, atáxica, mixta.

Características:

- En primer lugar, los trastornos son debidos a una lesión cerebral (encéfalo) que interfiere en el desarrollo normal del niño. Se produce en el primer año de vida, o incluso en el período de gestación, y puede ocurrir hasta los cinco años.
- Se distingue por el daño dominante de las funciones motrices, el cual afecta el tono, la postura y el movimiento.
- Por último, hay un concepto generalizado de que la lesión no es evolutiva pero sus consecuencias pueden variar en el niño. Los trastornos motores afectan en la mayoría de los casos a los órganos fono-articuladores que dificultan el desarrollo de la alimentación y el habla. (la afección es en el tono muscular que intervienen en el habla y la alimentación, por eso es frecuente el babeo y la necesidad de mucha concentración por parte del niño para evitarlo).

Causas:

Las causas que producen la parálisis cerebral varían de un caso a otro, por tanto no puede ni debe atribuirse a un factor único, aunque todos desarrollan como determinante común, la deficiente maduración del sistema nervioso central.

1. En el período prenatal, la lesión es ocasionada durante el embarazo y pueden influir las condiciones desfavorables de la madre en la gestación. Suele ocasionar el 35% de los casos. Los factores prenatales que se han relacionado son las infecciones maternas (sobre todo la rubéola), la radiación, la anoxia (falta de oxígeno), ictericia y la diabetes materna.
2. En el período perinatal, las lesiones suelen ocurrir en el momento del parto. Ocasionan el 55% de los casos, y las causas más frecuentes son: anoxia, asfixia, traumatismo por fórceps, prematurez, partos múltiples, entre otros.
3. En el período postnatal, la lesión es debida a enfermedades ocasionadas después del nacimiento. Corresponde a un 10% de los casos y puede ser debida a traumatismos craneales, infecciones, accidentes vasculares, accidentes anestésicos, deshidrataciones, etc.

Podemos establecer distintas clasificaciones basándonos en:

EFFECTOS FUNCIONALES

Retraso Psicomotor:

Es una alteración en la correcta evolución del crecimiento, la motricidad y el intelecto. Un retraso de esta clase que afecte a un niño en sus primeros años de

vida, donde sus habilidades van refinándose para perfilar la madurez del sistema nervioso, puede tener consecuencias muy negativas para su vida adulta.

Riesgos del retraso psicomotor:

Si se diagnostica retraso psicomotor, se debe comenzar de inmediato un tratamiento que ayude al niño o bebé a acercarse a los parámetros normales. De no responder a los avances, se deberá buscar la opinión de un médico especialista.

También es importante descartar otras posibles patologías, como las alteraciones motoras, parálisis cerebral, déficit sensorial, y alteraciones en la capacidad intelectual.

Aquellos niños que hayan sobrevivido a una enfermedad o accidente grave tendrán mayores posibilidades de desarrollarse con secuelas neurológicas. En dichos casos, el médico deberá realizar un seguimiento estricto en busca de señales de alarma neurológica.

¿Cómo detectar un retraso en el desarrollo psicomotor?

Existe un sistema utilizado en los protocolos de salud de España con el que se realizan evaluaciones de desarrollo psicomotor para detectar posibles retrasos. El mismo se denomina Haizae-Llevant, y debe ser realizado por personal capacitado (pediatras o técnicos psicomotrices).

El objetivo de la evaluación es detectar posibles anomalías en el desarrollo para identificarlas y diagnosticarlas. Es importante hacerlo cuanto antes, ya que las alteraciones motoras pueden ser pequeñas inicialmente y luego potenciarse y aumentar.

Discapacidad Intelectual (DSM.V)

Es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. El retraso mental puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. De hecho, los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante.

Pautas para el diagnóstico:

Para un diagnóstico definitivo debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta. A continuación, y a modo de una guía que no debe ser aplicada de una manera rígida debido a los problemas de la validez transcultural, se mencionan los cocientes intelectuales (CI) correspondientes a cada categoría. Estas son divisiones arbitrarias de un espectro complejo y no pueden ser definidas con absoluta precisión. El CI debe determinarse mediante la aplicación individual de test de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del paciente. Los test adecuados deben seleccionarse de acuerdo con el nivel de funcionamiento individual y las invalideces concretas adicionales, por ejemplo, por tener en cuenta posibles problemas de la expresión del lenguaje, sordera y otros defectos físicos. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del paciente y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estas personas y que conocen su capacidad para la actividad cotidiana.

Discapacidad Intelectual Leve

Los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semi-cualificados. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de las personas con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las de

inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los que padecen retraso mental moderado o grave.

Pautas para el diagnóstico

Si se utilizan Pruebas de CI estandarizadas de un modo adecuado el rango 50 al 69 corresponde a un retraso mental leve. La comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. Sólo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica. En un número variable de los afectados pueden presentarse además otros trastornos tales como autismo, otros trastornos del desarrollo, epilepsia, trastorno disocial o discapacidades somáticas.

Discapacidad Intelectual Moderado

Los individuos incluidos en esta categoría presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en esta área un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo. Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas con este tipo de retraso suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples.

Pautas para el diagnóstico

El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas viso-espaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje sólo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla. En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocerse una etiología

orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes un autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes la epilepsia, los déficits neurológicos y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de lo cual la mayoría pueden llegar a ser capaces de caminar sin ayuda. Algunas veces es posible identificar otros trastornos psiquiátricos, pero el escaso nivel del desarrollo del lenguaje hace difícil el diagnóstico, que puede tener que basarse en la información obtenida de tercero.

Discapacidad Intelectual Severo

Tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajas que los mencionados en RML. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO; EL CI ESTÁ COMPRENDIDO ENTRE 20 Y 34.

Discapacidad Intelectual Profundo

El CI en esta categoría es inferior a 20, lo que significa en la práctica que los afectados están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos sólo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

Pautas para el diagnóstico

La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comparar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas. En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficits somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficits visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar.

OBJETIVOS

General.

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran dentro del centro de "Obras Sociales del Hermano Pedro" específicamente en la sala "Mente Sana de Hombres" los cuales tienen multidiscapacidad realizando diferentes actividades para mejorar o aumentar la Motricidad Fina.

Específicos.

- Fortalecer el dominio de la pinza realizando diferentes actividades de motricidad fina.
- Controlar el dominio del movimiento muscular logrando movimientos precisos y coordinados.
- Lograr que corten con precisión, dirección y coordinación óculo-manual.
- Lograr que distingan los colores y la textura de lo que es suave y duro para su buen desarrollo de la motricidad fina.
- Fortalecer los movimientos bimanuales de amplitud pequeña para el desarrollo de sus dedos.

ATENCIÓN DIRECTA

Brindar los pacientes las herramientas necesarias para mejorar la psicomotricidad motora fina por medio de diferentes técnicas y dar calidad de vida

ACCIONES EDUCATIVAS

Brindar capacitaciones constantes a docentes y personal encargado de los pacientes de la sala "Mente Sana de Hombres" para mejorar el cuidado, manejo y atención de los mismos

INVESTIGACIÓN

Identificar cuáles son las principales dificultades que presentan cada uno de los pacientes para poder apoyarlos de una manera adecuada

METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO

Para poder cumplir cada uno de los objetivos planteados se utilizara la metodología cualitativa para poder comprender a profundidad cada una de las problemáticas que atraviesan los jóvenes y adultos de la sala "Mentes Sanas de Hombres" de Obras Sociales del Santo Hermano Pedro, así mismo se utilizara la metodología participativa con el objetivo principal de involucrar a la población beneficiada de una forma activa incentivándolos a realizar las diferentes actividades para su beneficio y desenvolvimiento personal lo cual les ayudara en su vida cotidiana tanto en el ámbito personal como social.

Para poder ejecutar los objetivos planteados es necesario proceder con una serie de fases, las cuales son presentadas a continuación.

SUB PROGRAMA DE SERVICIO:

Fase Diagnostica:

Se realizó un acercamiento a la población de la ciudad de Antigua Guatemala para poder conocer su historia y sus aspectos más importantes así mismo se recolectara información de la institución por medio de visitas diagnósticas realizando entrevistas y encuestas para conocer a la población con la que se trabajara, siendo pasadas al personal del establecimiento.

Fase de Inmersión.

Se realizó una presentación con el personal y equipo multidisciplinario para establecer el primer contacto, comunicándoles la información necesaria para que

conozcan a la Educadora Especial y realizando así mismo una observación de la población beneficiada.

Fase de Planificación.

Se elaboró en base a la información recabada con el cual se delimitó la población que se atendió y se detallaron las actividades que se llevaron a cabo con el objetivo de cubrir las diferentes necesidades que poseía la población.

Fase de Promoción:

La Educadora Especial se presentó con la población que se atendería haciendo un recorrido en la sala donde se encuentran los pacientes y explicándoles breve y claramente algunas de las actividades que se llevaron a cabo.

Fase de Ejecución:

Se puso en marcha cada una de las actividades que se programaron en el eje de servicio, el cual contó con un calendario de citas para monitorear las sesiones que tenía cada paciente estableciendo la duración de la misma con el personal de enfermería de turno.

Fase de Sistematización:

Se efectuó un análisis crítico realizado por el profesional, posterior a la realización de las actividades programadas, siendo llevado a cabo en un rango de siete a treinta días con los datos que se registren en el diario de campo.

Fase de Monitoreo:

La fase de monitoreo se realizó registrando los logros y dificultades que se vieron en las actividades realizadas cada día así como una retroalimentación del trabajo que se realizó por parte de la población verificando cuales aspectos se deben mejorar.

Fase de Evaluación:

Se llevó a cabo mensualmente con el supervisor de (ETS) para verificar el trabajo realizado en la institución, presentando el informe de actividades mensual.

Cierre de Procesos:

Se anunció con semanas de anticipación la finalización del proceso terapéutico para así trabajar en los últimos aspectos que se tenían pendientes con cada paciente.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

Observación:

Se realizó durante la mañana y en horarios hábiles para los pacientes que reciben diferentes terapias dentro de la institución utilizando así mismo el diario de campo para anotar las características más relevantes que se hayan podido observar de cada uno de los jóvenes de la sala.

Entrevistas y Encuestas:

Se les aplicaron a las maestras y el equipo multidisciplinario de la institución para conocer cuáles eran los problemas que se han detectado en la población, siendo realizada de forma de pregunta abierta y de elección múltiple.

SUB-PROGRAMA DE DOCENCIA

Fase Diagnostica:

Se realizó a través de entrevistas y encuestas a maestras y equipo multidisciplinario de la institución, del cual se obtuvo la información necesaria sobre las características de la población y los principales problemas psicosociales que existen en la institución con la cual se planificaron diferentes talleres que puedan contribuir a los paciente tanto en el ámbito social como personal, además de integrar diferente técnicas para mejorar su psicomotricidad fina para los pacientes de la sala “Mente sana de Hombres”

Fase de Inmersión:

Se llevó a cabo una presentación inicial con las maestras de la Escuela de Educación Especial y el equipo multidisciplinario dándoles a conocer que tipo de actividades se realizarían con el fin de llegar a un consenso en la administración del tiempo, además la Escuela de Educación Especial estableció el contacto con la población a tratar al presentarse en la sala “Mentes Sanas de Hombres”

Identificación de la Población:

Para la selección de la población con la que se trabajó se tomaron en cuenta aspectos tales como: Las evaluaciones que se pasaron a los pacientes, los horarios, las necesidades y sobre todo los pacientes que presentaron mayores dificultades, utilizando el tema central del Eje de Docencia que es mejorar su “Psicomotricidad Fina”

Fase de Planificación:

Para esta fase se elaboraron talleres complementarios que fueron acorde a las necesidades detectadas en la población planificando un horario por sesión individual alrededor de cuarenta y cinco minutos por paciente.

Fase de Promoción:

Se realizó una presentación en la sala "Mente Sana de Hombres" en el cual se hablaron de los beneficios de recibir las diferentes técnicas para mejorar su "Psicomotricidad Fina" y que tipo de actividades se abarcarían en este programa.

Fase de Ejecución:

Se pusieron en marcha las actividades que fueron programadas iniciando con el programa de técnicas para mejorar la "Psicomotricidad Fina" de los pacientes trabajando según el tiempo establecido conjuntamente con el equipo multidisciplinario siendo intercalados los programas en las intervenciones.

Fase de Evaluación:

La evaluación se realizó al finalizar cada taller, siendo basada en la participación y aceptación de los jóvenes por los temas impartidos tomando en cuenta las dificultades que pudieron presentarse durante la realización de los mismos en cuanto al programa de las diferentes técnicas para mejorar la "Psicomotricidad Fina" se evaluó por medio de distintas actividades y pruebas que se emplearon en el proceso los cuales sirvieron para el informe de cada paciente.

Cierre de Procesos:

El cierre de proceso del programa se entregó a la psicóloga de la institución haciendo énfasis en los alcances y avances al igual que el informe final de cada paciente.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:**Observación:**

Fue utilizada con el fin de conocer a cada uno de los pacientes así mismo sus características personales y sociales para establecer y determinar la mejor metodología a utilizar en cada sesión y los talleres.

Entrevista:

Se realizó una entrevista tanto a los maestros, psicóloga y equipo de enfermería para conocer los intereses de los pacientes respecto a las temáticas a abordar en cada uno de los talleres, además se identificaron cuáles eran las

principales dificultades que los pacientes poseían los cuales fueron abordados a lo largo del programa.

SUB-PROGRAMA DE INVESTIGACION CUALITATIVA:

Fase de Identificación del Problema:

Se realizaron entrevistas a las maestras y el equipo multidisciplinario para determinar cuáles son las dificultades que presentan los pacientes para poder priorizar el más importante de ellos.

Características de los sujetos a investigar:

Se trabajaron con pacientes de las sala “Mentes Sanas de Hombres” de las “Obras Sociales del Santo Hermano Pedro” así como con los enfermeros y equipo multidisciplinario que los atienden.

Fase de Establecimiento de Contexto:

La investigación se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la institución, en horario laboral, tiempo que fue planificado tanto por el equipo multidisciplinario como por el equipo de enfermería.

Fase de Documentación:

Se utilizó como apoyo noticias que trataron las problemáticas sobre la cual se investigó así como información de libros para respaldar la investigación.

Fase de Diseño del Instrumento:

Se diseñó un instrumento de investigación por medio de entrevistas y encuestas a las maestras y el equipo multidisciplinario de la institución, así como de un grupo de diálogos con los pacientes.

Fase de Aplicación del Instrumento:

Con el establecimiento se determinó un lugar dentro de la institución donde sería aplicado el instrumento diseñado, en cuanto al trabajo con el equipo multidisciplinario y el equipo de enfermería se determinó el horario en el cual consideraron que podrían participar los pacientes.

Fase de Análisis de Resultados:

En el análisis de resultados, se identificaron las causas por las cuales se desarrolló la problemática planteada, además de proporcionar y plantear posibles soluciones.

ATENCIÓN DIRECTA:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de cada paciente que se encuentra dentro de "Obras Sociales del Hermano Pedro"

OBJETIVO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO
Propiciar al paciente a lograr la mayor independencia realizando diferentes actividades que le pueden ayudar a mejorar su psicomotricidad motora fina y la puedan aplicar en su proceso de enseñanza-aprendizaje y su vida cotidiana.	"Psicomotricidad Motora Fina"	<p>*Juegos con plastilina</p> <p>*Realización de bolitas de papel de china</p> <p>*Uso de tijera</p> <p>*Pintado con diferentes materiales (temperas, crayones y marcadores)</p> <p>*Recortar y pegar diferentes figuras en hojas en blanco</p> <p>*Realización de manualidades con diferentes materiales</p>	<p>*Plastilina</p> <p>*Papel de china de colores</p> <p>*Pincel</p> <p>*Temperas</p> <p>*Crayones</p> <p>*Marcadores</p> <p>*Tijeras</p> <p>*Platos plásticos</p> <p>*Algodón</p> <p>*Goma</p> <p>*Hojas en blanco</p> <p>*Lana</p>	Se trabajara diferentes actividades por día y paciente por 45 minutos
Reforzar en cada paciente el área de lenguaje para que puedan tener una	"Lenguaje"	*Trabajar Sonidos onomatopéyicos de animales	<p>*Flash cards con figuras y palabras</p> <p>*Recurso Humano</p>	45 Minutos por terapia

<p>mejor comprensión y un sistema funcional de comunicación.</p>		<p>*Articulación de sonidos vocálicos y consonánticos</p> <p>*Articulación de sonido silábico.</p> <p>*Trabajar campos semánticos: (frutas, verduras, animales, partes del cuerpo, etc.)</p>		
<p>Mejorar la Integración sensorial utilizando diferentes materiales para que pueda adaptarse y funcionar mejor en el medio que se desenvuelve.</p>	<p>“Integración Sensorial”</p>	<p>*Manejo de bolas de goma para mejorar la sensibilización, movimiento y manejo de sus manos.</p> <p>*Juegos con burbujas</p> <p>*Sensibilización táctil utilizando gel de cabello y espuma</p> <p>*Realización de bolitas o tiras de plastilina</p> <p>*Uso de goma</p> <p>*uso de instrumentos musicales (chinchines, panderetas, campanas, etc.) para estimulación auditiva</p>	<p>* Bolas de goma</p> <p>*Burbujeos</p> <p>*Gel de cabello</p> <p>*Espuma de cabello o de afeitar</p> <p>*Goma</p> <p>*Pandereta</p> <p>*Chinchines</p> <p>*Gomitas</p> <p>*Golosinas</p>	<p>Se realizaran diferentes actividades alternativas para aumentar la sensibilidades sensoriales de cada paciente por 45 minutos por terapia</p>

		*Degustación de diferentes alimentos (gomitas, limón, golosinas, etc.), para trabajar sabores, temperaturas y consistencias de las comidas.	*Limón *Fideos *Botonetas	
--	--	---	---	--

Capítulo III

Descripción de la experiencia

Fue una experiencia muy enriquecedora conocer y convivir con cada paciente ya que me aportó crecimiento no solamente personal sino profesional en mi caso cuando inicié mi ejercicio técnico supervisado me pude dar cuenta de los diferentes casos que se encontraban en la sala que me fue asignada esta fue “Mente Sana de Hombres” en los cuales a los jóvenes que atendí en su mayoría tenía Discapacidad física y Discapacidad Intelectual, algunos asistían a la Escuelita de Educación Especial, la cual se encontraba dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Hermano Pedro con el grupo de niños que se me fue asignado se trabajó el Mejoramiento de la Psicomotricidad Fina y en algunos casos concomitante con Psicomotricidad Gruesa para reforzar dichas áreas y mejorar su calidad de vida diaria que era uno de los objetivos principales y así mismo lo que se buscaba era aprovechar el potencial de cada uno de los pacientes y buscar la mejor manera para que pudieran aprender en algunos pacientes se reforzó la escritura, la forma correcta de tomar el lápiz o crayón, el seguir instrucciones, rasgado de papel de china, bolitas de papel, la forma correcta de tomar las tijeras y cortar, entorchado de papel de china, moldeado con plastilina, pintar, ensarte, ensamble, rompecabezas, seguimiento de diferentes trazos y en algunos casos lanzar y recoger la pelota.

Las diferentes actividades planteadas fueron aplicadas y realizadas dependiendo la capacidad de cada paciente se trabajó de forma individual cada actividad para un mejor aprendizaje se atendía a cada paciente de dos a tres veces de semana eso dependía de su horario de las diferentes terapias que recibía y de las necesidades que presentaba cada uno de ellos, el personal de enfermería de la sala fue pieza fundamental de este proceso ya que ellos debían de seguir apoyándolos en su aprendizaje y supervisando si realizaban las diferentes actividades de forma correcta durante su tiempo libre

Las actividades se fueron acoplando a las diferentes necesidades del paciente se trabajó de manera global y en conjunto con el área de Psicología y la Escuelita para complementar y cumplir las diferentes metas que se desea alcanzar con el grupo de pacientes a quienes me fueron asignados

El Programa de Psicomotricidad tiene una gran gama de actividades de las cuales fueron tomadas las más importantes y las que podían ser de mucha utilidad para el grupo de pacientes y así mismo pudieran aplicar ellos en su vida cotidiana como lo era a la hora de cada comida, el uso de los cubiertos, el uso de vaso, forma correcta de tomar el cepillo, entre otras las actividades no solo iban con el objetivo de que el niño lo aplicara académicamente sino también lo pudiera aplicar y practicar en su diario vivir dentro de la institución

Otro de los objetivos principales fue reforzar el área cognitiva, el lenguaje, la comprensión, seguimiento de instrucciones, la independencia y la toma de decisiones ya que algunos eran bastante tímidos o no se creían capaces de realizar alguna actividad, eran temerosos o introvertidos, al trabajar las diferentes áreas se obtuvieron resultados positivos los cuales se vieron reflejados en su proceso de enseñanza- aprendizaje y en su vida diaria dentro de la institución de la mano se trabajó con el equipo de enfermeros capacitándolos sobre algunos términos para llamar a las personas con capacidades diferentes y el trato correcto hacia cada paciente.

Estudios realizados a nivel mundial obligan a la educación en todas sus etapas y niveles a transformarse, a fin de estar a la altura de las necesidades educativas de nuestros días, en tal sentido se plantea con urgencia que la sociedad debe reforzarse continuamente para atender los requisitos que surgen y surgirán, dada las necesarias adecuaciones, que por medio de la educación permitirán enfrentar las nuevas realidades.

La inteligencia comienza con la actividad motriz coordinada e intencional y que todo el edificio del conocimiento y la configuración de la personalidad se sustentan en la interacción con el otro y en el permanente diálogo tónico-postural-emocional que posibilita la adaptación al medio.

Ha sido preocupación constante de nuestro sistema social prestarle atención desde el punto de vista físico a todos los sectores de la población, incluyendo aquellos niños que por diferentes causas y motivos han debido asistir a otros lugares que no son las instituciones educacionales.

El trabajo comunitario como forma directa de brindarle seguimiento y atención a las diferentes problemáticas planteadas por la sociedad, ha jugado un papel decisivo en la realización de las actividades físicas y recreativas con carácter sistemático.

Ha sido preocupación de los responsables del cuidado y educación de los niños que son atendidos en estas casas, de contribuir a incentivar el desarrollo de los elementos fundamentales que conforman la motricidad.

No obstante es evidente, que si estas actividades productivas se incluyen en diferentes actividades del proceso educativo unida a los juegos dactilares y otros movimientos que pueden realizar con dedos y manos, se ejercitan más los músculos finos de las manos y se obtienen mejores resultados en las actividades, por lo que se vería mejoría en la vida cotidiana de cada paciente y los que se encuentran integrados en la escuela de educación especial tendrían cambios significativos en su proceso de enseñanza- aprendizaje en Obras Sociales del Hermano Pedro..

Entendemos que el desarrollo de la motricidad fina aún no está al nivel de la importancia que tiene esta área, para lograr dominar las habilidades manuales importantes, necesarias para la vida futura, por ello se nos hace necesario utilizar el juego como vía y motivación para cada uno de los pacientes.

Nuestra educación de la motricidad debe contemplar la creatividad, el pensamiento crítico, ingenioso y flexible que contiene una cultura suficientemente variada.

El juego moviliza todo el ser, ante todo, despliega la motivación, el placer, la acción intencionada, el lenguaje, la percepción y la representación diferenciada, el pensamiento lógico y creativo, la imaginación y la fantasía, las habilidades psicomotoras y en conjunto, las expresiones más auténticas de cada ser. Analizamos que este es la actividad básica en la infancia, por lo que el enfoque principal del proceso, ha de estar contenido en su diseño, ejecución, evaluación y sólo una enseñanza desarrolladora, intencional y debidamente organizada, será capaz de convertirse en la fuente real que guíe, desarrolle y permita adquirir las habilidades manuales necesarias para su incorporación a la una vida escolar o cotidiana dependiendo de cada caso y capacidad que posea cada uno de los pacientes así como las habilidades y destrezas que presenten..

Algunas de las características y particularidades que poseen los educandos a partir de su patología base (Retardo Mental) que se encontraron en los pacientes de la sala “Mente Sana de Hombres” serian:

- Pobre activación de los procesos cognoscitivos.
- Falta de concentración de los pacientes en las tareas de proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Falta de Estímulos desde temprana edad
- La pobre estimulación al desarrollo del control muscular
- Falta de espacio para trabajar dentro de la institución
- Poco apoyo de parte de los padres de familia para seguir la fisioterapia en casa a igual que la estimulación de la Psicomotricidad Fina
- Falta de Material Didáctico
- Falta de Espacio para trabajar con los pacientes

Los programas de la enseñanza especial tienen como objetivo el desarrollo del control muscular en los pacientes que tienen Retardo Mental, o problemas físicos y motores, pero en la actualidad persisten dificultades en la estimulación a este desarrollo, por lo que entendemos que la utilización del juego tributará a la solución de esta contradicción.

Además se reflejan insuficiencias en el desarrollo de la motricidad y está mal controlada, impone dificultades al desarrollo cognitivo en el período sensorio motor, porque ofrece obstáculos al manipular, controlar y explorar libremente el entorno físico que es fuente de conocimiento para las capacidades intelectuales posteriores.

Las dificultades motoras interfieren en la adquisición de otras habilidades culturales, como las de manejo para dibujar y escribir.

Existen principales dificultades y vías para resolver estas áreas, que son las siguientes:

Inmadurez Psicomotriz:

Entrenar la memoria motriz. Dominio del esquema corporal. Desarrollar conductas motrices.

Torpeza Motriz:

Desarrollar la coordinación general y el equilibrio. Desarrollar la coordinación viso-motriz.

Trastornos de la lateralidad:

Trabajar el esquema corporal. Coordinación viso-motriz.

Alteraciones de la coordinación Viso-Motriz:

Desarrollo de la capacidad de percepción y discriminación visual. Desarrollo del sentido de la dirección.

Trastornos Espacio-Temporal:

Desarrollar las nociones de velocidad y duración. Desarrollar reconocimiento del esquema corporal.

Inestabilidad Psicomotriz:

Desarrollar condiciones motrices de base (equilibrio y dinámica general), por lo que entendemos que la utilización del juego tributará a la solución de esta contradicción.

Algunas de las habilidades manuales que se trabajaron con los pacientes son:

Dominio de la pelota, precisión de lanzamientos, coordinación Viso- Motora, enroscar y Desenroscar, amarrar y desamarrar, moldeado con plastilina, bolitas de papel de china, entorchado, rasgado, trazar, colorear, juego de ensarte, colorear, recortar, ensamble y armar rompecabezas

Metodología Empleada:

Métodos teóricos

Análisis-Síntesis: se aplicó en el estudio de los fundamentos teóricos y metodológicos acerca del desarrollo y estimulación de la motricidad fina, así como en la valoración de los resultados del diagnóstico y de los juegos propuestos.

Histórico-Lógico: el mismo nos permitió hacer una valoración de los diferentes enfoques hasta la actualidad, acerca del desarrollo de la motricidad fina y sus condicionantes y asumir una posición teórica.

Inducción-deducción: la utilización de este método nos permitió llegar a generalizaciones; encontrar rasgos comunes en el grupo de pacientes de la sala "Mente Sana de Hombres".

Modelación: nos permitió hacer una representación teórica metodológica de las actividades, para contribuir al desarrollo de la motricidad fina en los pacientes con Retardo Mental.

Método Empírico:

Entrevistas: con el fin de constatar la preparación que posee el personal que trabaja con los pacientes y las vías para potenciar el desarrollo de la motricidad fina se les paso una serie de preguntas al personal administrativo y de enfermería que son las personas más allegadas a ellos diariamente eso nos ayudó a tener una noción de los problemas que se podía encontrar y las dificultades que posee cada paciente así mismo que áreas debían de reforzarse y algunos métodos a utilizar para poder mejorar su desarrollo y su psicomotricidad que era el principal objetivo con este estudio que se realizó. .

La observación: Ocupó un lugar relevante, ya que nos posibilitó detectar el problema en nuestra práctica profesional, así como sus posibles opciones de solución y métodos a utilizar dependiendo cada caso.

Estudio Documental: para hacer una valoración de los contenidos de los planes de estudio de los programas de preescolar, para el tratamiento de la motricidad fina.

Producto de la actividad pedagógica: pudimos analizar los resultados obtenidos de forma cualitativa y constatar el estado de la motricidad fina de cada uno de los pacientes que se evaluaron.

Métodos Estadísticos:

Para el análisis y procesamiento de la información en cada uno de los instrumentos de cada método, teniendo en cuenta una valoración establecida de los resultados.

Criterio de selección: Nuestro estudio fue realizado de manera intencional atendiendo a pacientes de la sala "Mente Sana de Hombres" conformados entre las edades 18 hasta 48 años de edad cronológica con diagnóstico de Retardo Mental como Discapacidad Principal , concomitado con otra discapacidad como; Dificultad Física, Discapacidad Visual y Auditiva.

Heterogeneidad:

*Falta de precisión y coordinación de los movimientos,

*Falta de estimulación para la realización de las actividades manuales.

El tema de esta investigación resulta muy importante por cuanto, el desarrollo de habilidades motrices en los Pacientes es indispensable para el desarrollo de habilidades motrices básicas y el aprendizaje de la escritura, por lo que su significación práctica en la investigación hay que analizarla en la propuesta de juegos que puede aplicar el personal docente (maestro- auxiliar), equipo de enfermería, área de Psicología en los trabajos correctivos compensatorios, utilizando recursos a su alcance, que favorezcan al desarrollo de la motricidad fina, además de perfeccionar la labor pedagógica correctiva-compensatoria.

Resulta novedoso el estudio del tema puesto que se aborda desde una perspectiva diferente, o sea, desde la óptica de contribuir a la estimulación y desarrollo de la motricidad fina para desarrollar y reforzar algunas áreas que presenten dificultad esto dependería de cada paciente sus habilidades y destrezas.

La alternativa fue dirigida a los pacientes que se incorporan a nuestra enseñanza con pocas habilidades manuales y dificultades en la coordinación viso motriz, por lo que la utilización del juego como herramienta principal, fue la vía de motivación para la motricidad fina, durante el proceso docente educativo, dándole especial atención a las diferencias individuales que posee cada paciente. Así mismo Proponer el juego como un medio para desarrollar la motricidad fina.

Para la ejecución de la alternativa que permite el desarrollo de la motricidad fina, se tendrán en cuenta tres momentos fundamentales:

Primer Momento: Organización y Planificación del trabajo

En esta etapa se concreta el proceso que se desarrollará, se definen las acciones principales, se analizan las condiciones, el contexto, los recursos, con que se cuentan para emprender el trabajo dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Santo Hermano Pedro.

Las acciones principales de esta etapa serán:

Diagnóstico actual: permitió determinar las fortalezas y debilidades, así como la proyección de las acciones a tener en cuenta con cada paciente.

Estudio del programa y orientaciones metodológicas: valorar como se desarrolla la motricidad fina.

Se crean los juegos a utilizar, que le permiten al paciente desarrollar diferentes habilidades manuales a través de los mismos, siempre se tendrá presente la atención a diferencias individuales a la hora de planificarlos y ejecutarlos.

Segundo Momento: Ejecución

En esta etapa nos proponemos realizar diferentes actividades manuales que estimulará, el desarrollo de la motricidad fina, señalando que se realizará en

forma de juego como herramienta principal, estimulando a cada paciente para su participación.

Tercer Momento: Evaluación

Por medio de diferentes juegos se evaluó al paciente por semana y se verifico si aún tienen dificultad en algún aspecto para poder seguir reforzándolo y poder avanzar con su proceso de enseñanza-aprendizaje y actividades de su vida cotidiana los cuales fueron positivos porque también pudieron aplicarlo en el ámbito educativo los pacientes que asiste a la Escuela de Educación Especial dentro de las Instalaciones de Oras Sociales

La motricidad fina es una parte esencial del desarrollo de los jóvenes y comprende todas aquellas actividades que implican precisión, un alto nivel de coordinación óculo-manual, una fuerza controlada y una buena concentración. Su dominio además será fundamental para la adquisición de determinadas habilidades y aprendizajes posteriores como la escritura que podrá ser utilizadas en su vida cotidiana.

Antes de que puedan aprender a escribir, tendrán que fortalecer los músculos de las manos y las muñecas que se utilizan en el proceso de la escritura en los cuales se les dieron diferentes herramientas y actividades para posteriormente pudieran adquirir dicha habilidad. Este proceso se conoce como el desarrollo de habilidades motoras finas. Cada vez que hacen garabatos con lápiz, crayones de colores, recortan, moldean, abotonan, rasgan, ensartan, ensamblan, arman, etc., están desarrollando estas importantes habilidades para su desarrollo Motriz.

Estos ejercicios favorecen el control progresivo de los movimientos de los dedos y de las manos, y son causa directa del control de la motricidad fina. No podemos esperar que sean capaces de escribir si aún no han desarrollado la fuerza necesaria en sus manos y dedos.

La mejor forma de ayudar a promover estas y otras habilidades es proporcionarles una amplia gama de materiales y dejarles manipular y experimentar con ellos. Es importante ofrecerles distintas y variadas propuestas que les permitan poner a prueba y desarrollar todas aquellas habilidades que en un futuro necesitarán dominar y aplicar en su diario vivir o en su proceso de Enseñanza- Aprendizaje dentro de la Escuela de Educación Especial.

Algunas formas que se aplicaron por medio del juego y así buscar la mejor forma para aumentar la psicomotricidad fina de los pacientes fueron:

Moldeado de plastilina:

A los Jóvenes de la sala mente Sana de Hombres les fascina jugar con plastilina, un material que además tiene muchos beneficios en el desarrollo de la motricidad fina. Y es que mientras los pacientes juegan y moldean están ejercitando sus dedos y manos.

Los jóvenes se divirtieron haciendo muñequitos, , animales y una gran cantidad de figuras aparte se dejó a Su imaginación pues no tiene límites y se vieron reflejados en las diferentes actividades del moldeado de figuras.

Uso correcto de las Tijeras

Las tijeras, son un instrumento básico en la coordinación motriz., requiere una gran coordinación entre el cerebro y la mano.

Utilizando la tijera se buscó mejorar el control viso motriz y que perfeccionaran los movimientos precisos y la coordinación fina.

Juego de manos y dedos

Mover las dos manos simultáneamente en varias direcciones (hacia arriba, hacia abajo, movimiento circular)

Imitar con las manos movimientos de animales (león moviendo las garras, pájaro volando) o de objetos (hélices de helicóptero, avión).

Abrir una mano mientras se cierra la otra, primero despacio, luego más rápido.

Abrir y cerrar los dedos de la mano, primero simultáneamente, luego alternándolas. Ir aumentando la velocidad.

Juntar y separar los dedos, primero libremente, luego siguiendo órdenes
Tocar cada dedo con el pulgar de la mano correspondiente, aumentando la velocidad.

Con la mano cerrada, sacar los dedos uno detrás de otro, empezando por el meñique

Técnica del rasgado

Esta técnica es utilizada para mejorar el movimiento de pinza del paciente por lo que se busca es desarrollar a través de movimientos digital con el dedo índice y pulgar una presión correcta así mismo que logren cortar con precisión, dirección y coordinación óculo –manual el papel de china

Técnica de bolitas de papel de china

El objetivo fundamental es fomentar el ejercicio de los dedos índice y pulgar para el buen agarre de la pinza así también lograr que el paciente tenga movimientos precisos

Técnica del cosido o enhebrar

Se busca fortalecer en el paciente los movimientos bimanuales de amplitud pequeña para el desarrollo de sus dedos

Armar Rompecabezas

No solo se reforzó el área manual sino también cognitiva y de pensamiento las cuales les ayudo a comprender, a tener paciencia y reconocer donde iba cada pieza para poder armar dichos rompecabezas.

Colorear con Diferentes Materiales (Temperas, acuarelas crayones, Marcadores)

Esta técnica les ayudo a tener mejor coordinaciones Óculo-Manual las cuales fueron empleadas utilizando diferentes técnicas y texturas los cuales también les ayudo a desarrollar la sensibilidad

El trabajo se realizó con la finalidad de valorar los ejercicios para mejorar la Motricidad Motora Fina de cada paciente y así lograr su auto validismo.

En la realización de este trabajo se procedió al análisis y síntesis bibliográficas con el objetivo de obtener la información más precisa, y donde se explica todo lo referido sobre la Motricidad Motora Fina y la Multidiscapacidad que se encontró dentro de la sala "Mente Sana de Hombres que fue donde se realizó el ejercicio técnico supervisado. .

Utilizamos los Métodos Teóricos, Empíricos y Matemáticos, los cuales nos permitieron sustentar sobre la base teórica y metodológica el efecto de los resultados de estos ejercicios en los Jóvenes que padecen esta discapacidad.

Tuvimos en cuenta un grupo de requisitos metodológicos para lograr los objetivos propuestos: La actividad debe responder e las necesidades que posee cada paciente y desarrollarse en un medio alegre, estimulante donde prime el orden y la limpieza, reconocer todo esfuerzo por sencillo que sean, carácter diferenciado, capacidad de los pacientes y respetar el tiempo establecido para la actividad.

El desarrollo de las ciencias pedagógicas ha propiciado cambios en la concepción de la enseñanza especial. Cambios que responden a los intereses de los sistemas educativos.

Los Pedagogos, Médicos, Psicólogos, Neurólogos y otros especialistas han hecho aportes significativos que han permitido el salto cualitativo a una pedagogía para los Pacientes con necesidades educativas especiales que promuevan el desarrollo armónico e integral de la personalidad de ellos.

Definimos como niños con necesidades educativas especiales en el presente trabajo a:

A todos aquellos que necesitan ayudas especiales. No solo incluyen a los pacientes con discapacidades sino a aquellos que tienen dificultades en el aprendizaje por desventajas socio-culturales e incluso se incluyen en este grupo los niños talentosos

Para el trabajo con pacientes con necesidades educativas especiales debemos conocer no solo el diagnóstico de las habilidades y capacidades físicas; debemos determinar en qué grupo de discapacidad o disfuncionabilidad se encuentra el paciente con quien vamos a trabajar.

Para estimular el desarrollo motriz de los Jóvenes o adultos el mejor lugar es al aire libre, debido a que en él se encuentran diversos elementos y superficies que permiten realizar los más variados ejercicios. Además, los ambientes naturales se prestan para que los pacientes se suelten, en ellos, se sienten más libres y en una inmensidad que les entretiene mucho.

Se realizó un Diseño Metodológico pensando en que actividades eran mejores para los pacientes siempre pensando en cada uno de ellos, su capacidad y dificultad que presentaron durante la evaluación

Se realizaron diferentes etapas dentro del programa planteado para mejorar su Psicomotricidad Fina:

Primera Etapa: Consiste en la determinación de la muestra, la aplicación de las técnicas de evaluación (prueba inicial), para diagnosticar a los pacientes de la sala Mente Sana de Hombres que presentan como patología una Parálisis Cerebral , Multidiscapacidad y a su vez tienen trastornos en la Motricidad Fina .

La prueba inicial se realizó con el objetivo de determinar el nivel de habilidad del desarrollo de la Motricidad Fina de los pacientes con Parálisis Cerebral y Multidiscapacidad. Seguidamente se realizó una encuesta a maestros, Equipo de enfermería, Terapistas y Departamento de Psicología de la sala Mente Sana de Hombres con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento para mejorar el trastorno de la Motricidad Fina.

En esta etapa se realiza la elaboración de la propuesta, teniendo en cuenta las dificultades que arroja la prueba inicial. Esta propuesta está formada por actividades y juegos vinculados con el objetivo de compensar la Motricidad Fina en pacientes con Parálisis Cerebral, Retardo Mental y Multidiscapacidad.

Segunda Etapa: Posteriormente se realizó la aplicación de la propuesta en la Sala Mente sala de Hombres específicamente con pacientes que me fueron asignadas dentro de las edades de 18 a 48 años de edad Cronológica, donde se aplicaron diferentes actividades y juegos, durante el Ejercicio Técnico Supervisado

Tercera Etapa: Se realizó la prueba final de la Motricidad

Métodos y técnicas empleadas:

Analítico- Sintético: Con el objetivo de construir las bases teóricas del objeto de estudio hallados a través de la revisión bibliográfica y sistematizar todos los resultados de la investigación.

Capítulo IV

Análisis de la experiencia

El desarrollo de las habilidades de psicomotricidad fina son decisivas para el niño. Sus logros en este campo abren la puerta a la experimentación y al aprendizaje sobre su entorno y, como consecuencia, la psicomotricidad fina juega un papel fundamental en el desarrollo de la inteligencia.

Sin embargo, este aprendizaje está sujeto a grandes altibajos, a pesar de que requiere un ciclo progresivo. Por tanto, no debemos alarmarnos si vemos que el niño, en ocasiones, pasa por momentos de progresos acelerados y otras veces manifiesta frustrantes retrasos. Ambos son inofensivos y forman parte del ciclo natural de aprendizaje y desarrollo de la psicomotricidad fina.

La motricidad fina implica un nivel elevado de maduración y un aprendizaje largo para la adquisición plena de cada uno de sus aspectos, ya que hay diferentes niveles de dificultad y precisión.

Para conseguirlo se ha de seguir un proceso cíclico: iniciar el trabajo desde que el paciente es capaz, partiendo de un nivel muy simple y continuar a lo largo del tiempo con metas más complejas y bien delimitadas en las que se exigirán diferentes objetivos según las edades.

Los aspectos de la motricidad fina que se pueden trabajar son:

- Coordinación viso-manual;
- Motricidad facial;
- Motricidad fonética;
- Motricidad gestual

El concepto de motricidad fina se refiere a los movimientos de la pinza digital y a pequeños movimientos de la mano y muñeca. La adquisición de la pinza digital así como de una mejor coordinación óculo-manual (la coordinación de la mano y el ojo) constituyen uno de los objetivos principales para la adquisición de habilidades de la motricidad fina.

El desarrollo de la motricidad permite al área sensorial-motriz una capacidad exploradora que es la que fomenta el aprendizaje y estimula el desarrollo intelectual del niño. Por todo ello, es muy recomendable incitar al niño en sus intentos de búsqueda, dejándole tocar, palpar, chupar (si es posible) y manipular, sin limitar sus posibilidades, aunque sí controlando los límites ante posibles riesgos.

Para ello existen los juguetes que estimulan la motricidad fina que están diseñados para favorecer que el niño utilice los músculos de la cara, ojos, manos, dedos, y pies para jugar.

En el capítulo anterior se describen algunas actividades planteadas y realizadas durante el ejercicio técnico Supervisado dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Hermano Pedro las mismas fueron ejecutadas por el grupo de pacientes que me fue asignado dentro de las edades de 18- 48 años de edad Cronológica, las actividades fueron diseñadas pensando en el bienestar de cada paciente así mismo lo que se busco fue mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

Para ejecutar las actividades diversas que se plantearon fueron necesarias diferentes evaluaciones para poder reforzar las áreas donde presentaba mayor dificultad y las mismas fueran aplicadas en la escuela de Educación Especial que se encuentra dentro de las instalaciones de Obras Sociales

Se trabajó con el equipo de maestras de la Escuelita de Educación especial, Fisioterapia y el departamento de Psicología para que fuera más efectiva cada terapia y pudieran aplicar los diferentes aprendizajes en su vida cotidiana, antes de aplicar las actividades se hicieron evaluaciones diagnósticas dichas fueron proporcionadas por el departamento de Psicología las cuales iba descrito el diagnóstico y edad que tena cada paciente las cuales facilitaron el trabajo y la aplicación de las mismas

Algunas dificultades que se presentaron durante el Ejercicio Técnico Supervisado fue la falta de Espacio que había dentro de las instalaciones ya que no se contaba un lugar específico donde trabajar unos días se trabajaba en el comedor y otros en el patio, hubieron varios distractores los cuales en algunos momentos fueron obstáculos para los pacientes tales como; que les cambiaban su horario de Terapias o asistían a la Escuela de Educación Especial que se encontraba dentro de las instalaciones de Obras Sociales las cuales a pesar que se contaba con un horario dicho no se respetaba en algunas ocasiones

La atención para cada paciente era personalizada ya que cada actividad iba enfocada en la necesidad o dificultad que presentaba cada uno de ellos , se reforzó de 2 o 3 veces por semana eso dependía de la capacidad de cada uno y el número de terapias que recibía a la semana ya que uno de los objetivos principales fue que atreves del juego se reforzará y mejorará la Psicomotricidad Fina de cada paciente y estimulando las diferentes áreas siempre enfocándonos la movilidad de sus manos(óculo-Manual)

Otro de los obstáculos que se encontraron dentro de la aplicación del programa era el poco apoyo de parte del personal ya que no les gustaba colaborar ni reforzar lo aprendido con los pacientes, en algunos el poco interés por aprender la forma correcta de llamar o tratar al paciente se les dieron varias capacitaciones las cuales lo que se busco fue sensibilizar al equipo de Enfermería que son los más allegados a los pacientes los cuales fueron pocos lo que participaban en las mismas.

Hubo falta de Mobiliario y Equipo para trabajar con los pacientes dentro de las instalaciones no se contaba con material didáctico o materiales varios que se necesitaba para la aplicación del programa los cuales fueron absorbidos por mí.

A pesar de algunos inconvenientes en la ejecución del programa se obtuvieron excelentes resultados los cuales se vieron reflejados en el diario vivir de cada uno de los pacientes algunos lograron tomar su cepillo, un vaso o los cubiertos solos algo que anteriormente se les dificultaba, otros empezaron a tener mejor movilidad y plasticidad en sus manos los cuales se notaban cuando realizaban diferentes actividades manuales, hubo mejoría en la forma correcta de tomar un lápiz, crayón o marcador que fueron aplicados para mejorar su escritura o en el caso de los que asistían a la Escuela de Educación Especial el mejorar el proceso de enseñanza-Aprendizaje.

Fue muy satisfactorio ver los diferentes logros que presentaron cada uno de los pacientes y ver la alegría que mostraban al terminar o lograr una actividad de las cuales aplicaron a su vida diaria, les ayudo también a mejorar su autoestima e independencia ya que muchos de ellos no asistían a la Escuela por falta de cupo o porque no se creía que tuvieran las capacidades para permanecer en ella las cuales se vieron reflejadas en diferentes actividades que se realizaron, hubieron cambios bastante radicales en algunos hasta en el carácter y en hábitos e Higiene Personal.

Se evaluó el avance de cada paciente una vez por semana para las cuales se utilizaron listas de cotejo de las cuales dependiendo el resultado se hacía un porcentaje de las actividades logradas, no logradas y las que se encontraban en proceso para reforzar o pasar a actividades con mayor dificultad ya que se buscaba explotar el potencial y la capacidad que tenía cada uno de los pacientes.

Se buscó diariamente motivarlos se les cantaba o realizábamos juegos motivadores que les llamara la atención para que no sintieran las actividades con dificultad sino como algo novedoso y reto los cuales se vio el interés que presento cada uno de ellos y la motivación por querer aprender cada día mas, algunos pacientes presentaron problemas de Lenguaje los cuales en algunas ocasiones les dificultaba la comunicación a pesar que no era el área a trabajar implementamos algunas señas las cuales les fueron útiles para mejorar su comunicación con el personal o personas en general que llegaban a visitarlos.

El departamento de Psicología quedó muy contenta y satisfecha con el trabajo que se aplicó ya que comentaba la Licenciada que era la Primera vez que tenían Epesistas de Educación especial los cuales les fue de mucho enriquecimiento personal y profesional ya que pudieron observar las diferentes técnicas que se pueden aplicar en el área de Psicomotricidad Fina y que pueden implementar en la Escuela de Educación Especial, también comentaron que les hubiera gustado que se trabajaran en conjunto con la Escuela y con más epesistas para abarcar más población que se encuentra dentro de la Institución ya que en esta ocasión solamente me fueron asignados algunos jóvenes y adultos de la sala “Mente Sana de Hombres”

En el proyecto fue necesario nombrar la psicomotricidad Fina para saber de dónde provienen las mismas, de este modo saber cómo realizar las actividades para esta población en general

Las actividades de la motricidad fina son las de coordinación de movimientos de distintas partes con precisión. Algunas actividades que se utilizaron para favorecer y estimular el desarrollo de motricidad fina de los pacientes son:

Dibujar, pintar, colorear, recortar, modelar o moldear (Plastilina), enhebrar o actividades como resolver laberintos, completar la figura siguiendo los puntos, etc. Estas son actividades muy motivadoras y propias para los Pacientes que los ayudaron plenamente a desarrollarla. La motricidad fina está muy ligada al desarrollo de la inteligencia junto con la coordinación de los músculos del rostro. Esto los ayuda a expresar los sentimientos, las emociones, lograr comunicarse con el mundo que los rodea diariamente.

La investigación realizada sobre la psicomotricidad y sus particularidades en la motricidad fina tuvo como objetivo proponer actividades para el desarrollo de la motricidad fina en los Pacientes de “Oras Sociales del Hermano Pedro” específicamente la sala “Mente sana de Hombres”, sus resultados más relevantes lo constituyen la determinación de las tendencias predominantes en el tema objeto de estudio en el proceso de enseñanza aprendizaje mediante la utilización de diferentes métodos del nivel teórico como el histórico lógico, el análisis y la síntesis, análisis de documentos y la inducción deducción los cuáles permitieron la elaboración e interpretación del marco teórico referencial de la misma. Para la recopilación de la información se emplearon en calidad de métodos empíricos la observación, la entrevista, la encuesta y el pre-experimento pedagógico de tipo antes y después y se procesa la información obtenida mediante la estadística descriptiva. Las actividades propuestas son una vía válida y efectiva para el desarrollo de la motricidad fina en los pacientes lo cual demuestra su valía en los resultados obtenidos en la consulta a especialistas en el tema del territorio, por lo que ofrece una respuesta concreta y aplicable en la práctica escolar y diaria para el logro de los objetivos propuestos.

A pesar de lo orientado por las instancias superiores en cuanto al tratamiento que se le presta a la motricidad en las primeras edades de la vida del paciente a partir del análisis de los resultados de diferentes visitas de inspección, la observación científica y la aplicación de diferentes técnicas experimentales, se puede constatar que la Sala Mente Sana de Hombres ha existido un aumento de los casos de jóvenes y Adultos con dificultades de aprendizaje no solamente por su discapacidad que presenta cada uno de ellos sino también la poca estimulación que reciben algunos de ellos. Después de la evaluación de estos pacientes, se percibió que las mayores dificultades relacionadas con la motricidad fina fueron:

- Las dificultades en los músculos de la mano y en establecer una relación óculo – manual (ojo y la mano).
- Dificultades en la realización de los trazos.

- Dificultades en la coordinación de los movimientos de las manos.
- Dificultades en la lateralidad en rasgar y recortar.
- Falta de precisión para colorear y trazar.

De forma general se pueden señalar las siguientes regularidades:

- Insuficiente trabajo para el desarrollo de la motricidad fina en los pacientes de la sala “Mente Sana de Hombres” por parte de los docentes, equipo de Educación Especial y Terapistas.
- Falta de motivación e interés y conocimiento sobre este aspecto de la motricidad fina
- Insuficiente utilización de actividades encaminadas al desarrollo de la motricidad fina los pacientes.

El concepto de motricidad fina se refiere a los movimientos de la pinza digital y pequeños movimientos de la mano y muñeca. La adquisición de la pinza digital así como de una mejor coordinación óculo manual (la coordinación de la mano y el ojo) constituyen uno de los objetivos principales para la adquisición de habilidades de la motricidad fina. (Da Fonseca, 1988)

De todo lo expuesto anteriormente se deriva que los objetivos se dirigieron a favorecer el desarrollo de los jóvenes con un amplio control de los procesos cognitivos y así pudieran actuar de forma creativa e independiente. Todo lo cual motivo a plantearse el siguiente problema científico:

El objetivo principal del trabajo fue Proponer actividades para estimular el desarrollo de la motricidad fina en los pacientes de la sala “Mente Sana de Hombres”

La atención que se brindó a los pacientes fue planificada individualmente pensada en sus necesidades para obtener resultados positivos y certeros.

La educación psicomotriz constituye una forma de educación que posibilita la adecuada coordinación de los movimientos como vía adecuada que prepara a las jóvenes generaciones para el desempeño dentro del medio social. Resolver las dificultades de los pacientes no es tarea fácil, pero si es posible y requiere de gran esfuerzo y dedicación por parte de los educadores, equipo de enfermería, Terapistas y equipo de Psicología con el que cuentan Obras Sociales del Hermano Pedro, por lo que se debe aprovechar todo el tiempo en el desarrollo de actividades encaminadas a lograr la estimulación del desarrollo de la motricidad fina en los pacientes, a continuación se hace una valoración teórica y metodológica de las actividades.

Las actividades que se propusieron en el presente trabajo contribuyen a procesos de cambios en la Educación y mejorar la calidad Vida Cotidiana del paciente; con vistas al perfeccionamiento de la labor educativa en las líneas de desarrollo de la actividad física en cuanto al desarrollo psicomotriz y la elevación

de la calidad de vida de los escolares a partir de una correcta estimulación al desarrollo de la motricidad fina en los pacientes.

La propuesta de las actividades implica la interrelación dialéctica entre las etapas concebidas y su concepción se basa en fundamentos, tanto teóricos, como éticos a partir de los cuales se organiza cada actividad destinada no solo a transformar la realidad sino también a los sujetos protagónicos implicados en este proceso.

A partir de las regularidades constatadas a través de la aplicación de los instrumentos, se evidenció en primer lugar que los docentes, Equipo de Enfermería y Terapistas, no están lo suficientemente preparados para asumir el tratamiento de la motricidad fina en los Jóvenes de la “sala Mente Sana de Hombres” no existe una solución pedagógica específica en el territorio para la atención a los mismos.

Las actividades tienen como fundamento:

La concepción es flexible y puede ser utilizada en función de las particularidades de la escuela y el tratamiento de estos pacientes.

Se tiene en cuenta las relaciones entre los componentes del proceso docente educativo.

La concepción de los componentes y la integración de los mismos durante en el proceso de aplicación, así como desde el punto de vista práctico.

Permite la atención diferenciada teniendo en cuenta la individualidad de cada paciente sus necesidades y dificultades que presenta cada uno de ellos.

La solución pedagógica está conformada por tres etapas, cada una, de forma ordenada, contribuyen a un determinado objeto, de modo que si no se garantiza la correcta ejecución de la etapa I (Planificación), no podrá llevarse a cabo la etapa II con eficiencia (Ejecución), del mismo modo si no se realizaba un seguimiento y una evaluación certera de cada una de las actividades para ver los cambios que se operan en la muestra, el educador no tendría elementos suficientes para ofrecer posteriormente su criterio evaluativo relacionado con la efectividad de las mismas para la estimulación del desarrollo de la motricidad fina.

Las actividades fueron constituidas por un grupo de acciones que de forma diversa y variada responden a un mismo fin, fueron dinámicas y flexibles y la comunicación que se ejecutó de manera gradual y escalonada.

En estas actividades se tomó en cuenta la postura y disposición de los materiales que se utilizarían para la aplicación de las diferentes técnicas o actividades planteadas dentro del programa de mejoramiento de la Psicomotricidad Fina para los pacientes de la sala “Mente Sana de Hombres”.

Para cada actividad se orientó y explicó a cada paciente en qué consiste y qué debía hacer. Se le indicó que la línea que trace debe ser derecha, que no

debe levantar el lápiz, que rasgue papel de china, que haga moldeado con plastilina, que pinte, entre otros.

Esta investigación se empezó a realizar motivados por ver las diferentes necesidades de la población en general que se encontraba dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Hermano Pedro, en la cual se presencié distintas discapacidades que presentan los Pacientes. Esto me motivó a la realización de este trabajo. Realizando encuestas, buscando información y leyendo bibliografía que nos familiarizara cada vez más, con estas discapacidades y así poder ayudar a estos pacientes que padecen de Multidiscapacidad.

Utilizamos preferentemente aquellos juegos cuya línea base en toda su extensión se convierte en línea de portería para de esta forma poder motivar a los pacientes haciendo juegos de forma competitiva.

Los juegos motrices actúan sobre el cuerpo en su conjunto, trabajan gran cantidad de grupos musculares; combinándolos inteligentemente, se evita el ejercicio unilateral y se logra una influencia equilibrada de la constitución en general. El paciente al realizar con regularidad los juegos de movimientos, (juegos de manos, dedos, rasgar, picar, enhebrar, pintar, cortar, etc.) desarrolla su sistema óseo y muscular, se incrementa el metabolismo, mejoran el apetito y la asimilación de los alimentos, lo que influye en su crecimiento y su desarrollo. El conocimiento de las características fundamentales de las diferentes edades, es algo que debe dominar para determinar qué tipos de juegos y actividades emplear, no obstante, para comenzar este estudio, es necesario conocer las características psicomotrices de las diferentes etapas evolutivas.

Tiene que existir una adecuada coordinación y sincronización de todas las estructuras que intervienen en el movimiento (sistema nervioso, órganos de los sentidos y sistema músculo esquelético).

El contenido de la psicomotricidad está íntimamente ligado al concepto del cuerpo y sus experiencias. La psicomotricidad es una técnica que favorece el descubrimiento del cuerpo propio, de sus capacidades en el orden de los movimientos, descubrimiento de los otros y del medio de su entorno, pero es educable.

La Motricidad es la capacidad que posee el hombre de generar movimiento por sí mismos los cuales era uno de los objetivos planteados en nuestro programa ya que se buscaba lograr la independencia y mejoramiento de área de la Psicomotricidad Fina y así mismo mejorar la calidad de vida de cada paciente para lograr la independencia.

Trabajar la Psicomotricidad Fina Implica movimientos de mayor precisión que son requeridos especialmente en tareas donde se utilizan de manera simultánea el ojo, mano, dedos como por ejemplo: rasgar, cortar, pintar, colorear, enhebrar, escribir las cuales pueden aplicar los pacientes en su vida cotidiana o los que estudian en la Escuela de Educación Especial de Obras Sociales del Hermano Pedro.

¿Definimos como niños con necesidades educativas especiales a?

A todos aquellos que necesitan ayudas específicas, no solo incluyen a los niños con discapacidades sino a aquellos que tienen dificultades en el aprendizaje por desventajas socio-culturales e incluso se incluyen en este grupo los niños talentosos.

Para el trabajo con niños con necesidades educativas especiales debemos conocer no solo el diagnóstico de las habilidades y capacidades físicas; debemos determinar en qué grupo de discapacidad o disfuncionabilidad se encuentra el niño o joven con quien vamos a trabajar.

Para estimular el desarrollo motriz de los niños pequeños el mejor lugar es al aire libre, debido a que en él se encuentran diversos elementos y superficies que permiten realizar los más variados ejercicios. Además, los ambientes naturales se prestan para que los niños se suelten, en ellos, se sienten más libres y en una inmensidad que les entretiene mucho.

Algunas de las habilidades que pueden estimularse son, los saltos y los desplazamientos. Ambos son ejercicios que ayudan a afirmar las habilidades motoras, como equilibrio y coordinación gruesa y fina.

La mayoría de los pacientes que se encuentran dentro de las instalaciones de la Sala "Mente Sana de Hombres" que son los pacientes con los que se trabajó dicho programa posee Multidiscapacidad o en algunos casos parálisis cerebral o discapacidad Intelectual los cuales por su misma condición física o mental presentan alteraciones en el desarrollo Psicomotor

La parálisis cerebral es una alteración que afecta al músculo, la postura y el movimiento, provocada por alguna lesión en un cerebro en desarrollo, desde el embarazo, parto, hasta los 5 años (momento en que el cerebro alcanza el 90% de su peso). No se trata pues de una única enfermedad, sino de un grupo de condiciones que provocan un mal funcionamiento de las vías motoras (áreas del cerebro encargadas del movimiento) en un cerebro en desarrollo y que son permanentes y no progresivas. También la severidad de la afectación es variable: encontramos desde formas ligeras a formas graves con importantes alteraciones físicas, con o sin retardo mental o convulsiones.

Karel Bobath y Bobath Bertha (1992)(2), plantean que la parálisis cerebral obedece a la lesión o funcionamiento anómalo del S.N.C.; se caracteriza por posturas y movimientos anormales, también por alteraciones del tono postural. El concepto fundamental consiste en la comparación de las asimetrías del niño en reposo con las asimetrías del niño en movimiento.

Según Fernández, Álvarez, (1992)(3) la define como un trastorno predominantemente motor del movimiento y la postura que ocurre en un cerebro inmaduro como secuela de un insulto o agresión al S. N. C. debido a condiciones que se presentan antes del nacimiento, en el período perinatal o primeros años de

vida y que se puede acompañar de Discapacidad Intelectual , retardo del lenguaje, trastornos sensoriales de la conducta y la afectividad.

Cuando se evaluaron a los pacientes de la Sala” Mente Sana Hombres “pudimos constatar que presentaban no solo dificultad en su movilidad sino algunas alteraciones en su Psicomotricidad presentaban diferentes movimientos involuntarios de los cuales podemos describir los siguientes:

Los movimientos Coreicos: Que son movimientos bruscos, breves, irregulares y desordenados, discontinuos, súbitos y sin ritmo, y afectan las extremidades, la cara, los labios y la lengua. En ocasiones dan lugar a muecas y contracciones de los labios, semejantes a una sonrisa sardónica.

Los movimientos atetósicos: se distinguen de los coreicos porque son lentos y repetitivos. Los movimientos coreicos son heterogéneos y sin estructura; los atetósicos son parecidos, lo que hace que el fenómeno adquiera una modulación típica. Se produce en los dedos de la mano, la lengua, en los labios y en los dedos de los pies. Aparece fundamentalmente cuando se trata de mantener una postura determinada, por ello con frecuencia los pacientes tratan de evitarlos, cerrando las manos, apretando los labios o intentando provocar una distonía fijada de la lengua.

El Temblor: está constituido por movimientos involuntarios alternantes de amplitud limitada y ritmo poco variable. Aparece en la parte distal de las extremidades, en los párpados, labios y la lengua, en los músculos cervicales, provocando oscilaciones de la cabeza tanto en el sentido de la flexoextensión como en la rotación. Puede interesar la totalidad de los músculos fonatorios y masticación. Desaparece con el sueño y se exageran con las emociones y la tensión psíquica.

A pesar de estos movimientos involuntarios que presentaban los diferentes pacientes se logró mejorar su movilidad y Psicomotricidad Fina se utilizaron diferentes estrategias para lograr que el paciente pudiera tener mejor movilidad y coordinación óculo-manual siempre utilizando el juego como mejor herramienta motivándolo a participar en las diferentes actividades planteadas siempre pensando en el bienestar de cada uno de ellos y capacidad que posee

Normalmente la realización de un movimiento por elemental que sea, conforma una acción conjunta de varios músculos que cooperan con el agonista o músculo principal del movimiento. Esta acción conjunta debe realizarse de manera coordinada para que dé lugar a un movimiento armónico, adaptado a su finalidad

Algunos pacientes presentaron Ataxia que es por el contrario, un fallo en la coordinación de este trabajo conjunto. Cada músculo, o no realiza su cometido o lo realiza en un momento inadecuado. El movimiento resultante aparece poco coordinado, sin seguir una dirección determinada, con sacudidas y oscilaciones que imposibilitan el logro del fin propuesto.

También se encontraron pacientes con Apraxia los cuales se caracterizan por la realización de movimientos inadecuados para el acto motor que se pretende realizar. Si la apraxia es primordialmente ideatoria, se omite parte de la acción o bien se realiza en una sucesión errónea. Cuando el enfermo realiza un movimiento correcto en sí mismo, pero no tiene relación ninguna con la orden que se le dio, decimos que estamos en presencia de una parapraxia.

Métodos y técnicas empleadas:

Análítico- Sintético: Con el objetivo de construir las bases teóricas del objeto de estudio hallados a través de la revisión bibliográfica y sistematizar todos los resultados de la investigación.

Análisis–Documental (Teórico): A través de las consultas de documentos metodológicos, como son el programa de Educación y las orientaciones metodológicas de 2do grado de Enseñanza Especial.

Histórico – Lógico: Al referir el origen y la evolución de la Parálisis Cerebral, Discapacidad Intelectual y la Motricidad Fina .

Modelación: Estructurar un grupo de actividades, dirigidas al mejoramiento de la Motricidad Fina de los pacientes .

Encuestas: Se le realizó a maestros, equipo de enfermería, Terapistas y Departamento de Psicología y especialistas con el objetivo de determinar el trabajo que se realiza con estos Jóvenes y adultos de la sala Mente Sana de Hombres

Observación: Con el objetivo de ver si se realizó un trabajo diferenciado con los pacientes que tienen Parálisis Cerebral, Discapacidad Intelectual o Multidiscapacidad que presentan trastornos en la Motricidad Fina.

Análisis Porcentual: Para analizar regularidades y resultados obtenidos durante el proceso de investigación.

Análisis de los resultados: verificar los resultados que se obtuvieron en todos los ámbitos

Análisis de las encuestas al inicio de la investigación.

Las encuestas realizadas mostraron que el 60% ha trabajado en otras ocasiones en este tipo de enseñanza y conocen los trastornos físicos motores de los pacientes y que las orientaciones de los especialistas son necesarias para ayudar al mejoramiento de los niños con Parálisis Cerebral Infantil, Discapacidad intelectual y Multidiscapacidad. El 60% de ellos está capacitado para trabajar con estos Jóvenes y Adultos algunos poseen muy poco conocimiento del tema y como tratar con ellos por lo que se realizaron varias capacitaciones para facilitar el trabajo de abordamiento del programa enfocado en cada uno de los pacientes y las necesidades que presentan.

Análisis de las observaciones a clases al inicio de la investigación.

Se realizó la observación en 2 clases de Educación Especial que se encuentran dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Hermano Pedro con el objetivo de observar el trabajo diferenciado del maestro con los pacientes y la participación de los mismos en las clases, observando que estas clases son realizadas de forma excelente por parte de los maestros, siendo la participación de los alumnos insuficiente. Se comprobó que existe un buen trabajo con los pacientes con Parálisis Cerebral, Discapacidad Intelectual o Multidiscapacidad, para lograr un mejoramiento en la Motricidad Fina.

Al realizar el ejercicio técnico supervisado dentro de la institución de obras sociales del Hermano Pedro aparte de aplicar diferentes técnicas con los pacientes se buscó como investigadora adquirir los conocimientos para valorar el desarrollo psicomotor y conocer los signos de alarma de problemas de desarrollo.

Conocer las estrategias de detección, diagnóstico, información e intervención necesarias para el adecuado manejo de los pacientes con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos, y de sus familiares.

Aprender a orientar y comprender los diferentes diagnósticos que se plantearon en los pacientes con retraso psicomotor patológico

Repercusión funcional del problema: motora, cognitiva, comportamental o sensorial.

Localización topográfica: medular, unidad neuromuscular, encefalopatía o problema de los órganos de los sentidos (visión y audición).

Ubicación temporal de su causa: prenatal (genética o disruptiva), perinatal o postnatal.

La causa del problema o diagnóstico etiológico.

Conocer los exámenes complementarios que se utilizan en el estudio del diagnóstico etiológico, incluidos los avances en los estudios genéticos.

Comprender la importancia del trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios y con otros recursos educativos y sociales, especialmente la atención temprana.

Durante el proceso de investigación pudimos constatar que dentro de la institución es muy importante la detección de un problema de desarrollo del paciente sea precoz. Y que corresponde en primera instancia a los padres, y también al personal equipo multidisciplinario de Obras; Se debe determinar si se trata de un niño sano o un niño de riesgo biológico, y si existe un trastorno del desarrollo o un problema neurológico. Se plantean tres opciones:

Normalidad o probable retraso madurativo; posibilidad de hipo estimulación.

Retraso psicomotor patológico, que puede ser global o de áreas concretas: motor, cognitivo, social o aislado del lenguaje.

Dudoso. En algunos casos solo la evolución en sucesivas consultas permite aclarar la cuestión. El siguiente paso a la detección de un problema establecido o probable es la decisión de una actuación diagnóstica y de una intervención terapéutica: derivación a atención temprana (AT). Se debe hacer un seguimiento, incluso en los casos de normalidad. La orientación diagnóstica comienza con las pesquisas de detección del problema, no existiendo por tanto una clara delimitación entre detección y diagnóstico. En la valoración del desarrollo psicomotor tratamos de averiguar si un niño a una determinada edad ha adquirido una serie de funciones, "ítems", propias de esa edad. Para la valoración del desarrollo psicomotor disponemos de:

Test de desarrollo, como el Brunnet-Lecine, diseñados para medir (cuantificar) el grado de desarrollo psicomotor de un niño. El valor de estas cifras debe en todo caso interpretarse con cautela, y evaluarse especialmente su tendencia en sucesivas evaluaciones; Test de cribado. Estos test no miden el desarrollo, sino que seleccionan los niños con riesgo de tener un retardo. Están basados en estudios de población y reflejan el porcentaje de niños que a una determinada edad cumplen un determinado ítem. Una prueba de screening debe ser sencilla, dar los menos falsos positivos posibles y no dar falsos negativos. Las más conocidas son: El test de Denver (Denver Developmental Screening Test), en el que se señala la edad a la que realizan cada ítem el 25, el 50, el 75 y el 90% de la población. La Tabla de Desenvolupament Psicomotor del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, basada en el Estudi Llevant realizado con 1702 niños. Se recoge para cada ítem el momento en que lo realiza entre un 50 y un 95% de los niños.

La tabla de Haizea-Llevant. Es el fruto de dos programas, el Estudi Llevant y el Programa Haizea, cuyos datos de referencia se obtuvieron de muestras representativas de 1702 niños de Catalunya y 817 niños del País Vasco, respectivamente. Permite comprobar el nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de niños y niñas de cero a cinco años. Ofrece el margen normal de adquisición de algunas habilidades fundamentales durante la infancia. El test incluye 97 elementos que se distribuyen en las siguientes áreas: socialización (26 elementos), lenguaje y lógica-matemática (31), manipulación (19) y postural (21). En cada uno de los elementos se indica la edad en que lo ejecutan el 50, el 75 y el 95% de la población infantil. Para la interpretación del test, se traza una raya vertical que corresponda a la edad en meses del niño (ajustando por debajo de los 18 meses de edad en el caso de los prematuros). Hay que valorar que realice los elementos que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa la línea. La constatación de la falta de adquisición de dichos elementos en una o varias áreas, así como la presencia de señales de alerta, nos llevarán a la sospecha de un retraso psicomotor. En la valoración del desarrollo psicomotor deben considerarse las áreas manipulativa o motora fina, motora gruesa o

postural, personal y social, y del lenguaje. Además, deben siempre contemplarse los aspectos sensoriales: si el niño ve y oye.

Cada una de estas áreas tiene un significado diferente, y la valoración del desarrollo psicomotor será incompleta si no los consideramos todos. En cada visita debemos recorrer mentalmente los cinco aspectos, incluido el sensorial, pues la existencia de retardo en diferentes áreas orienta a distintos problemas. El retraso motor grueso se da en la parálisis cerebral infantil, en enfermedades de la unidad neuromuscular, y con frecuencia es la forma de presentación inicial de la deficiencia mental o diversas encefalopatías con preferente afectación de funciones cognitivas. Un retraso aislado del lenguaje puede deberse a deficiencia mental, a problema madurativo aislado del desarrollo del lenguaje o a hipoacusia. Es fácil comprender la trascendencia de su adecuada interpretación. Un niño con discapacidad Auditiva O Visual puede mostrar un retraso global, que mal orientado será poco o mal estimulado, lo que agravará el problema, incluyendo la dificultad de valorarlo.

Dentro de la variabilidad, y determinada también por factores genéticos y ambientales, puede existir una disociación del desarrollo en niños avanzados en algunas áreas y retrasados en otras; Además, es imprescindible considerar la importancia del aprendizaje de las diversas adquisiciones. Un niño al que no se le ha enseñado a hacer "palmadas" o a manipular objetos, no lo hará. Si no se le enseñan los colores o las partes del cuerpo, no los conocerá. Debemos animar a los padres a dedicar tiempo al estímulo del paciente. Los test anteriormente mencionados fueron aplicados dentro de la institución por especialistas y diagnosticados por un Neurólogo o el Igss los cuales fueron de muchísimo apoyo y utilizada para la aplicación del programa e intervención con cada uno de ellos, dependiendo de sus necesidades me fueron asignados los pacientes se trabajó en conjunto con el equipo multidisciplinario de terapeutas que se encuentran dentro de las instalaciones de Obras Sociales del Hermano Pedro. Se realizó una plática dirigida a los padres de familia sobre la intervención, tratamiento y ejercicios que pueden aplicar a las diferentes discapacidades eso dependería del diagnóstico que tiene cada paciente se buscaba mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos ;La motricidad fina es el tipo de motricidad que permite hacer movimientos pequeños y muy precisos. Se ubica en la Tercera Unidad funcional del cerebro, donde se interpretan emociones y sentimientos (unidad efectora por excelencia, siendo la unidad de programación, regulación y verificación de la actividad mental) localizada en el lóbulo frontal y en la región pre-central.

Es compleja y exige la participación de muchas áreas corticales, hace referencia a la coordinación de las funciones neurológicas, esqueléticas y musculares utilizadas para producir movimientos precisos. El desarrollo del control de la motricidad fina es el proceso de refinamiento del control de la motricidad gruesa y se desarrolla a medida que el sistema neurológico madura. La motricidad fina, implica precisión, eficacia, economía, armonía y acción, lo que podemos llamar movimientos dotados de sentido útil, y es lo que hace la gran diferencia entre el hombre y los animales. También puede definirse como las acciones del

ser humano en cuya realización se relaciona la intervención del ojo, la mano, los dedos en interacción con el medio, aunque no es exclusiva de la mano, donde además se incluyen los pies y los dedos, la cara con referencia a la lengua y los labios. La motricidad refleja todos los movimientos del ser humano. Estos movimientos determinan el comportamiento motor de los niños/as que se manifiesta por medio de habilidades motrices básicas, que expresan a su vez los movimientos naturales del hombre. (González, 1998). Consideramos que la motricidad es la estrecha relación que existe entre los movimientos, el desarrollo psíquico, y desarrollo del ser humano. Es la relación que existe entre el desarrollo social, cognitivo afectivo y motriz que incide en nuestros niños/as como una unidad. Es el desarrollo de la motricidad fina, es el resultado de los logros alcanzados por el niño en el dominio de los movimientos finos de la mano, de los pies, la coordinación óculo-manual, óculo pedal, la orientación espacial y la lateralidad, bajo la influencia del adulto, quien de manera intencionada o no, le va mostrando los modos de conducta motriz socialmente establecidos, que le permiten al niño desarrollar su independencia, realizar acciones cada vez más complejas y perfeccionarlas.

La motricidad fina es fundamental en el desarrollo de las habilidades por lo tanto es importante estimular dicho desarrollo debido a que este se encuentra presente durante toda su formación académica y en su vida diaria.

Este desarrollo contribuirá en todas las destrezas que tengan el paciente para realizar los movimientos y habilidades que vayan surgiendo a medida del tiempo en su entorno por lo tanto la importancia de la motricidad fina es el desarrollo de los pequeños músculos y en la etapa de la educación Inicial es la edad adecuada para desarrollarlos. Las diferentes actividades que se aplicaron al grupo de pacientes fueron enfocadas en mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos las actividades fueron seleccionadas dependiendo de su capacidad y las terapias recibidas dentro de la institución para que se llevara un mejor seguimiento y tratamiento se contó con el apoyo de las diferentes autoridades de Obras Sociales del Hermano Pedro y equipo Multidisciplinario que convive con ellos los cuales en conjunto se obtuvieron resultados muy positivos y evidentes en la vida cotidiana de cada uno de los pacientes

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones Generales

- Se logró Contribuir al desarrollo de la motricidad fina a través del juego a los pacientes de la Sala” Mente Sana de Hombres”.
- Se obtuvieron cambios significativos en la Psicomotricidad Fina de cada paciente que se vieron reflejados en su diario vivir y en diferentes actividades realizadas

Conclusiones Específicas

- Se obtuvo un excelente resultado en cada paciente las cuales reforzamos diariamente para un mejor aprendizaje
- Se vieron cambios positivos en el proceso de enseñanza-aprendizaje de cada paciente reflejados en las diferentes actividades realizadas

Recomendaciones Generales

- Desarrollar aquellas funciones que consideramos necesarias para el correcto desarrollo de las habilidades de la motricidad fina en los pacientes
- Contribuir al desarrollo de cada paciente reforzando cada una de las habilidades donde presentan dificultad

Recomendaciones Específicas

- Mejorar la calidad de vida de cada paciente aplicando diferentes métodos dependiendo las habilidades que posea cada uno.
- Seguir Reforzando la Psicomotricidad Motora fina de cada paciente utilizando diferentes actividades llamativas y por medio del juego para mejor efectividad
- Trabajar en conjunto con la Escuela de Educación que se encuentra dentro de las instalaciones para que puedan haber resultados más efectivos

BIBLIOGRAFÍA

- Alcocer de R. Actividades manuales para los más pequeños. Editorial Trillas. México 1998.
- Arias Beatón, G. La educación especial en Cuba. Editorial Pueblo y Educación. 1982. pp. 6, 11, 15, 54.
- Arnáiz, P. Psicomotricidad y adaptaciones curriculares. 1994.
- Bécquer, D G. La estimulación temprana en los niños del primer año de vida. Tesis de Doctorado. La Habana. Cuba. 2002.
- Bell Rodríguez, Rafael. Educación Especial. Sublime profesión de amor. Ciudad de La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 1996. p. 24-25.
- Bermúdez Mornis, R. Aprendizaje formativo y crecimiento personal. Editorial Pueblo y Educación, 2004, pp. 1-14.
- Betancourt Torres, J. Selección de temas de psicología especial. Ciudad de la Habana: Editorial. Pueblo y Educación. 1992. pp. 48-87.
- Blanco Pérez. A. Filosofía de la educación. Editorial Pueblo y Educación. 2003. pp. 1-29.
- Breve diccionario de la Lengua Española. Editorial Pueblo y Educación. p. 319.
- Castellanos, D. Aprendizaje y Desarrollo. Instituto Pedagógico. Latinoamericano y Caribeño. La Habana. 2001.
- Castellanos Simóns, Doris. Aprender y enseñar en la escuela. Una concepción desarrolladora. Editorial Pueblo y Educación. La Habana. 2001.
- CD. Taller Mundial de Psicomotricidad Infantil. I Cumbre Iberoamericana AIEFDE, 2008.
- Duriváje, J. Educación y Psicomotricidad. Editorial Trillas, México, 1996.
- Esteva Boronat, Mercedes. El juego en la edad preescolar. Ciudad de La Habana. Editorial Pueblo y Educación. 2001.
- Ferreiro, G. R. Desarrollo físico y capacidad de trabajo de los escolares. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1987.
- Fraga, G.M.L. Aprendo a recortar. Editorial Trillas, México, 2000.
- García Batista. G. y col. Temas de introducción a la formación pedagógica. Editorial Pueblo y Educación, 2004, p.120
- Tomo Conozcamos Guatemala II, Edición Sacatepéquez, Prensa libre 1999
- Sociedad Española de Neurología. «Día nacional de la Epilepsia». Consultado el 23 de julio de 2014.
- Nariño González D, Grillo Ardila M (2005). «Epilepsia catamenial». Acta Neurológica Colombiana.
- Ropper, Allan H; Brown, Robert H. «Epilepsia y otros trastornos convulsivos». En Marco Antonio Tovar Sosa. Principios de Neurología de Adams y Victor. México: McGraw-Hill Interamericana. p. 999

- De Portugal Álvarez J. La enfermedad humana. En: Núñez-Cortés J, del Llano Señarís JE (directores). Ser médico. Los valores de una profesión. Madrid: Unión Editorial; 2012.
- Patología no es sinónimo de enfermedad. Real Academia Nacional de Medicina. Consultado el 11/01/2014.
- Dahlke R. La enfermedad como símbolo. Manual de los síntomas psicosomáticos, su simbolismo, su interpretación y su tratamiento. Barcelona
- Diccionario de Medicina Océano-Mosby. Barcelona: Mosby

E- GRAFÍA:

- Sarnat HB. Muscular dystrophies. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 601.
- Bushby RF, Birnkrant DJ, Case LE, Clemens PR, Cripe L, Kaul A, et al. Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy. LancetNeurol. 2010;9:77-93.
- http://needucativas.galeon.com/Paginas/Discapacidad_Mul.htm
- <http://definicion.de/psicologia/#ixzz3H5B3y200>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_especial
- <http://www.educacionespecial.mineduc.cl/>
- <http://www.mineduc.gob.gt/portal/contenido/anuncios/educacionEspecial/documentos/BoletinDIGEESP.pdf>
- <http://definicion.de/contexto/>
- <http://www.definicionabc.com/general/contexto.php>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001190.htm>
- <http://es.thefreedictionary.com/an%C3%A1lisis>